UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE DERECHO

DEPARTAMENTO DE DERECHO PENAL

NEUROSIS, TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS: TRATAMIENTO JURÍDICO PENAL

TESIS DOCTORAL

SALUD DE AGUILAR GUALDA

Granada, 2017

Tesis Doctoral presentada por

Salud de Aguilar Gualda

Licenciada en Derecho

bajo la dirección de los Doctores

Miguel D. Olmedo Cardenete

Catedrático de Derecho Penal, Facultad de Derecho, Universidad de Granada

Ruth P. Castillo Gualda

Investigadora Juan de la Cierva, Facultad de Psicología,

Universidad Autónoma de Madrid

Manuel J. Castillo Garzón

Catedrático de Fisiología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Granada,

para la obtención del Grado de Doctora en Derecho por la Universidad de Granada

Granada, 2017

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Salud de Aguilar Gualda
ISBN: 978-84-9163-508-6
URI: http://hdl.handle.net/10481/62223

AGRADECIMIENTOS

Ante todo confesar que esta aventura de la investigación y el bagaje que ello conlleva me ha resultado muy gratificante, tanto por los conocimientos que he adquirido como por el trato con los numerosos profesionales de la talla de los que han colaborado en este trabajo.

En primer lugar y como no podía ser de otra manera, agradecer incansablemente a mis directores de tesis D. Miguel D. Olmedo Cardenete, D. Manuel J. Castillo Garzón, ambos Catedráticos de la Universidad de Granada, y Dª. Ruth P. Castillo Gualda, Psicóloga experta en Inteligencia Emocional de la Universidad Autónoma de Madrid, su tiempo, su paciencia, su esfuerzo, sus conocimientos y su experiencia. Gracias a los tres por compartir tanto conmigo, por vuestra confianza y por vuestra dedicación.

Por otro lado, cómo no, mi familia y amigos, que han estado siempre ahí, dándome fuerza, ánimo y comprensión. A mi abuela Pilar, por ser una segunda madre y a mi abuelo Ramón, que aunque no esté en cuerpo siempre estará en alma. A mis padres, Javier y Marina, por quererme tanto. A mi hermano Pablo, por aportarme siempre otra visión de la vida. A mi tía y madrina Salud, por su generosidad. A mi tía Paquita, por traerme tantos y tan buenos recuerdos. A mis tíos, Manolo y Mimi, por sus sabios consejos, su interés y su interminable apoyo. A mis primas, Cucu, Marta y Paula, por ser mis "hermanas" pequeñas, por su cariño y por tantos momentos juntas. A mis re-sobrinos, Diego y Jaime, por hacerme recordar lo bonita que es la infancia. Y a todos mis amigos y compañeros de profesión y despacho, por su impulso, por su compañía y por todos los buenos momentos que me hacen pasar.

Gracias también a todos los profesionales, tanto de la Medicina, como de la Psicología y el Derecho, por compartir sus conocimientos y permitirme tener acceso a ellos. En particular, gracias por su colaboración en el video anexo a la tesis, a: D. Miguel Ángel Torres Segura (Magistrado del Juzgado de lo Penal nº 5 de Granada), a D. Juan Carlos Cuenca Sánchez (Magistrado de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Granada), a D. Francisco Hernández Guerrero (Fiscal Provincial de Granada), a Dª Nieves Montero de Espinosa (Psiquiatra Forense y directora del Instituto de Medicina Legal de Granada), a Dª Leticia Jaén López (Psicóloga Forense adscrita a la Junta de Andalucía), a D. Luís Gutiérrez Rojas (Psiquiatra del Hospital S. Cecilio de Granada), a D. Sergio Ruíz Arias (Psicólogo de Instituciones Penitenciarias y ex-director del Centro Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla), a D. Jorge Cervilla Ballesteros (Catedrático de Psiquiatría y Coordinador de Hospitalización de la Unidad de Agudos del Hospital S. Cecilio de Granada), a Dª María Castellano Arroyo (Catedrática de Medicina Legal de la Universidad de Alcalá de Henares) y a Nino Galdón Hoyo (técnico de imagen y sonido).

Y cómo no, a la Universidad de Granada, como Institución y como congregación de sabios.

A todos, gracias de corazón.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ABREVIATURAS 23

RESUMEN 25

ABSTRACT 27

PRESENTACIÓN 29

ESTRUCTURA 31

I. IMPUTABILIDAD. EXIMENTES Y ATENUANTES EN LOS TRASTORNOS MENTALES 33

1. Imputabilidad. Concepto 35

2. Causas de inimputabilidad 40

3. La eximente de padecer anomalía o alteración psíquica. Art. 20.1 CP 42

3.1. Antecedentes 42

3.2. Visión actual. Código Penal de 1995 43

3.2.1. Presupuesto biológico 45

3.2.2. Efecto psicológico 59

3.3. Compatibilidad entre la eximente completa de padecer anomalía o alteración psíquica y la agravante de alevosía 60

3.4. Trastorno mental transitorio y *actio libera in causa* 61

4. Consecuencias jurídicas. Especial mención a las medidas de seguridad 66

4.1 Introducción 66

4.2. Tipos de medidas 70

II. LA PERICIAL PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA EN EL PROCEDIMIENTO PENAL 75

1. Introducción 77

2. Valoración del informe 78

3. Contenido del informe 80

3.1. Partes de la prueba pericial 81

3.2. Contenido de la evaluación psicológica 82

4. La peligrosidad criminal 86

III. CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ESPECIAL MENCIÓN A LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS 89

1. Clasificación general de los trastornos mentales según la CIE-10 91

2. Clasificación general de los trastornos mentales el DSM-5..... 95

3. Clasificación de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos según la CIE-10... 103

- Trastornos de ansiedad fóbica..... 106
- Otros trastornos de ansiedad 106
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)..... 107
- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación 107
- Trastornos disociativos (de conversión)..... 109
- Trastornos somatomorfos..... 110
- Otros trastornos neuróticos 111
- Ludopatía 112
- Piromanía 112
- Cleptomanía 112
- Tricotilomanía..... 112
- Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos 112
- Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación 112

4. Clasificación de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos según el DSM-5 113

- Trastornos de ansiedad..... 114
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)..... 114
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés..... 115
- Trastornos disociativos..... 116
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados..... 116
- Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta 117
- Trastornos adictivos no relacionados con sustancias (juego patológico)..... 117

IV. NEUROSIS, TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS. APROXIMACIÓN PSICO-BIOLÓGICA DESDE UNA PERSPECTIVA PENAL. 119

1. Introducción al concepto de neurosis y trastorno neurótico 121

2. Perspectiva histórica. Principales escuelas de autores 122

3. Perspectiva actual 136

4. Base psico-biológica de los trastornos neuróticos 137

5. Base psico-biológica de las emociones. La importancia de la inteligencia emocional 139

6. Visión general del funcionamiento del sistema nervioso 147

7. El componente genético en los trastornos neuróticos y del control de los impulsos ... 155

8. El componente ambiental en los trastornos neuróticos y del control de los impulsos . 161

9. Investigaciones neurobiológicas 164

9.1. Análisis neurobiológico de los trastornos neuróticos y resultados de las investigaciones 164

9.2. Ejemplos de tratamiento 167

9.3. Terapias conductuales 169

9.4. Terapias cognitivo-conductuales 169

9.5. Terapias de tercera generación 171

9.6. Resultados de los estudios realizados con las terapias psicológicas (tratamiento conductual y cognitivo-conductual) 174

10. Neurociencia y Derecho Penal. Principio de culpabilidad 177

V. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS 183

VI. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO 189

VII. RESULTADOS 197

1. Descripción de la tipología delictiva 201

2. Descripción y clasificación de las resoluciones judiciales en base al criterio diagnóstico. Especial atención a la responsabilidad criminal 205

Trastorno de ansiedad y mixto ansioso-depresivo

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Trastornos disociativos

Trastornos catalogados como neuróticos sin especificación

Trastornos somatomorfos

Neurosis de renta

Trastornos del control de los impulsos

3. Clasificación de las resoluciones judiciales en base a la terminología utilizada y su concordancia con los manuales internaciones de diagnóstico 243

a. Resoluciones con precisión diagnóstica..... 243

- Trastorno de ansiedad y mixto ansioso-depresivo..... 243
- Trastornos disociativos 246
- Trastornos del control de los impulsos 247

b. Resoluciones con diagnóstico atribuible..... 249

- Trastorno de ansiedad y mixto ansioso-depresivo..... 249
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) 253
- Trastorno disociativos 257

c. Resoluciones con diagnóstico impreciso y no atribuible 257

- Trastorno de ansiedad y mixto ansioso-depresivo..... 257
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) 261
- Trastornos disociativos 261
- Trastornos catalogados como neuróticos sin especificación 262

4. Datos jurisprudenciales relativos a las medidas de seguridad decretadas en las resoluciones judiciales..... 265

a) Internamiento en centro psiquiátrico 265

b) Internamiento en centro de deshabituación 266

c) Tratamiento ambulatorio o externo 266

d) Internamiento en centro educativo especial 267

e) Libertad vigilada 268

f) Otras medidas de seguridad..... 268

VII. DISCUSIÓN GENERAL 271

IX. PROPUESTAS DE FUTURO 285

X. CONCLUSIONES 291

ANEXO I.- Índice bibliográfico..... 299

ANEXO II: Índice jurisprudencial 315

ANEXO III: Resoluciones judiciales que incluyen trastornos asociados (neuróticos y otros) . 335

ANEXO IV: Medidas de seguridad decretadas para trastornos asociados..... 359

ANEXO V: Vídeo con entrevistas a profesionales (contenido en formato pen-drive)

ANEXO VI: Resumen CV de la autora 363

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Diagrama explicativo del proceder de un enfermo neurótico 129

2. Diagrama explicativo del funcionamiento de un enfermo neurótico 130

3. Dibujo del hemisferio cerebral izquierdo 146

4. Dibujo de la estructura de una neurona 149

5. Dibujo de la sinapsis neuronal 151

6. Dibujo de la neurotransmisión 154

7. Dibujo de la amígdala 165

8. Datos de sentencias y autos del TS sobre trastornos neuróticos 226

9. Datos de sentencias y autos de los TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre trastornos neuróticos ... 226

10. Datos de sentencias y autos de TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre piromanía 229

11. Datos de sentencias y autos de TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre cleptomanía 232

12. Datos de sentencias y autos de TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre ludopatía 239

13. Datos de sentencias y autos de TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre trastorno explosivo intermitente (TEI) 241

14. Resoluciones judiciales según el tipo de trastorno 242

15. Resoluciones judiciales según la precisión de la terminología empleada y la correspondencia con los diagnósticos de los manuales internacionales. 264

16. Medidas de seguridad acordadas en resoluciones judiciales en relación a los trastornos neuróticos y del control de los impulsos con diagnóstico unitario 269

ÍNDICE DE TABLAS

1. Clasificación de los trastornos mentales según la CIE-10 92

2. Clasificación de los trastornos mentales según el DSM-5 97

3. Trastornos neuróticos según la CIE-10 103

4. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto según la CIE-10 105

5. Trastornos neuróticos y del control de los impulsos según el DSM-5 113

6. Sistemas de neurotransmisión que influyen en los trastornos neuróticos 155

7. Áreas funcionales y mecanismos epigenéticos 159

8. Tipos de delitos cometidos por sujetos con trastornos neurótico o del control de los impulsos 204

9. Trastornos adaptativos y de ansiedad 206

10. Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) 218

11. Trastornos disociativos 221

12. Neurosis sin especificar 223

13. Trastornos somatomorfos 225

14. Neurosis de renta 225

15. Piromanía 228

16. Cleptomanía 231

17. Ludopatía 236

18. Trastorno explosivo intermitente (TEI) 239

19. Resoluciones con precisión diagnóstica 243

20. Resoluciones con diagnóstico atribuible 249

21. Resoluciones imprecisas o descartables 257

22. Niveles de intervención en el Programa Marco PAIEM 281

ABREVIATURAS

ALIC – Actio libera in causa/ actione liberae in causa

AP – Audiencia Provincial

AA.PP. - Audiencias Provinciales

A.P.A. – American Psychological Association

Art. – Artículo

Arts. – Artículos

ATS – Auto del Tribunal Supremo

CC – Código Civil

CE – Constitución española de 1978

CIE 10 – Clasificación Internacional de enfermedades, 10ª ed.

Cit. – Citado/citada

CP – Código Penal

DSM-III - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª ed.

DSM-IV-TR – Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 4ª ed., texto revisado

DSM-5 - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª ed.

Ed. – Edición

Fasc. - Fascículo

Imp. - Impresión

LEC – Ley de Enjuiciamiento Civil

LECr. – Ley de Enjuiciamiento Criminal

LO – Ley Orgánica

LORPM – Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor (LO 5/2000, de 12 de enero)

Núm. – Número

OMS – Organización Mundial de la Salud

p. – Página

pp. – Páginas

SAP – Sentencia de la Audiencia Provincial

SAS - Servicio Andaluz de Salud

SEPB – Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

ss. – Siguientes

STS – Sentencia del Tribunal Supremo

SSTS – Sentencias del Tribunal Supremo

STSJ – Sentencia del Tribunal Superior de Justicia

RAE - Real Academia de la Lengua

TS – Tribunal Supremo

TT.SS.JJ. - Tribunales Superiores de Justicia

Vol – Volumen

RESUMEN

En España, un gran número de los delitos que llegan a nuestros Tribunales son cometidos por personas que presenta algún trastorno psiquiátrico. En estos casos, el juez o tribunal pueden aplicar eximentes o atenuantes que modifican o incluso anulen la posibilidad de condena o pena.

Para nuestro estudio, hemos buscado en todas las bases de datos disponibles aquellas resoluciones judiciales en las que se incluyera algún tipo de trastorno neurótico o del control de los impulsos con un diagnóstico aislado. Hemos hallado 368.

La primera sorpresa que nos encontramos es que el término *neurosis*, que se ha venido usando en numerosas sentencias, se considera hoy impreciso, obsoleto y no aparece en los dos principales manuales de clasificación de trastornos mentales (CIE-10 y DSM-5).

Los delitos con mayor frecuencia cometidos son: homicidio/asesinato (19%), lesiones (13%) y robo/hurto (11%).

Hemos comprobado que en estas resoluciones se aplica plena imputabilidad en un 30% aproximadamente, habiendo más de un 70% de casos en que se aplica eximente incompleta o atenuante analógica e incluso en algunos pocos, eximente completa.

En un 54,3% de las resoluciones se utiliza una terminología diagnóstica concordante con la que se refleja en los manuales de diagnóstico actuales. El resto son imprecisas y a nuestro juicio, podrían (es más, deberían) descartarse como susceptibles de sentar Jurisprudencia.

Dentro de las resoluciones donde se aplica eximente completa o incompleta, tan sólo en un 56,25% se decretan medidas de seguridad, siendo las más habituales: el internamiento en centro psiquiátrico o la exigencia de seguir un tratamiento médico.

Como complemento, se ha incluido un video editado con entrevistas a varios profesionales de reconocido prestigio relacionados con la materia de este trabajo, cuya aportación resulta de gran utilidad.

Esta Tesis Doctoral puede contribuir a mejorar el tratamiento jurídico penal que se da a los trastornos neuróticos y del control de los impulsos.

ABSTRACT

In Spain, a great number of crimes are carried out by people who suffer psychiatric disorder. Therefore, the judge o court may apply exemptions or exculpatory circumstances for the convicted.

We found, among others, psychosis, mental disorder and substance abuse disorders. In these cases, the criminal legal treatment is well defined, conversely, not among neurosis and neurotic disorders. This PhD dissertation aimed to further understand and discuss the treatment of these disorders in Spanish law.

In the present study, we revised all available databases judge decisions, including diagnosis of neurosis, neurotic disorders or impulse control disorder. We have found 368 judgements. Among them, the most frequently reported crimes are homicide / murder (19%), injuries (13%) and stole / theft (11%).

Full imputabiliy have been declared in 30% of the cases, however among 70% of cases exemption (complete or incomplete) or mitigation has been applied.

Only half of the judgements (54,3%) used a diagnostic terminology according to current diagnostic manuals (ICD-10, DSM-5). The remaining judgements included imprecise terminology and therefore, should not be used as jurisprudence in the future.

In the resolutions where exemptions are applied only 56,25% of them request security measures (internment in a specialized center or medical treatment) for the convicted.

In addition, a set of interviews with several professionals and experts related to the topic have been included.

This PhD may contribute to improve law application in neurotic and impulse-control disorders.

PRESENTACIÓN

"Si un hombre empieza con certezas terminará con dudas,

pero si se contenta con empezar con dudas, terminará con certezas"

Francis Bacon

Mientras que para los trastornos de carácter psicótico el tratamiento penal ha estado y está actualmente muy claro, para trastornos de carácter no psicótico (como los trastornos de carácter neurótico, psicoafectivos o del control de los impulsos) no lo está tanto. Comenzando por la terminología, siguiendo por la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad y acabando por la propia imposición de medidas de seguridad y tratamientos médico-psicológicos que se imponen para los sujetos afectados.

Este trabajo examina el trato que reciben, dentro del ámbito jurídico, lo que podríamos denominar aquí, y de una manera genérica, neurosis, trastornos neuróticos, así como los trastornos del control de los impulsos. Se contempla especialmente el trato por parte de la jurisprudencia, dado que la atención que se ha dado por la doctrina ha sido escasa. Para poder efectuar un estudio completo y pormenorizado, y así ayudar a comprender mejor los actores y procesos implicados, hemos tenido que incluir análisis y perspectivas de otras disciplinas científicas, que sin duda han ayudado a comprender la definición y base fisiopatológica (presupuesto biológico) y la consecuencia psicológica (efecto psicológico) de estas anomalías.

Por ello he contado para su redacción con la inestimable ayuda de un experto en Fisiología, cuya aportación y visión desde la rama de la Medicina nos harán comprender mejor la base de las patologías que se mencionan en el estudio; con respecto a la rama de la Psicología, ha realizado su aportación una psicóloga experta en Inteligencia Emocional, y en relación a la parte Penal, queda bajo la supervisión de un experto y reconocido penalista.

En el presente trabajo nos hemos adentrado en los dos manuales internacionales de diagnóstico psiquiátrico, que son, por un lado, la CIE-10 "Trastornos mentales y del comportamiento", de la Organización Mundial de la Salud, que es el más extendido, y el DSM-5 "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" de la Asociación Psiquiátrica Americana, que es el más actualizado. Estas dos obras consensuan con carácter internacional los conceptos y fijan las bases, las posibles causas, las consecuencias y las pautas para el diagnóstico de todas aquellas anomalías y trastornos de origen psíquico. De hecho, y como no podía ser de otra manera, se han dedicado varios sub-apartados a explicar de forma detallada cuál es en la actualidad la definición y clasificación que cada manual otorga a los trastornos de origen neurótico y del control de los impulsos. Además, ayudados de las publicaciones científicas realizadas por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, abordamos la evolución histórica del concepto de neurosis hasta llegar a la visión actual del mismo como trastorno neurótico y centrarnos en aquellos trastornos específicos que tienen repercusión penal.

El objetivo de la presente investigación es triple:

En primer lugar, realizar un análisis jurisprudencial, a través de la revisión de resoluciones de los tribunales españoles, del trato que se da a la neurosis, los trastornos neuróticos y los trastornos del control de los impulsos, con diagnóstico unitario o aislado, es decir no se describa como asociado a ningún otro trastorno mental. Para la consecución de este objetivo, hemos

cumplimentado dos objetivos intermedios: El primero, profundizar en los conceptos previos y actuales de neurosis y trastornos neuróticos, para poder así trabajar sobre bases sólidas. El segundo, analizar de manera sistemática y exhaustiva las sentencias relacionadas con dichos trastornos.

En segundo lugar, comprobar si existe concordancia entre la clasificación biológica/psicológica (derivada de los manuales de diagnóstico) y la calificación jurídica (derivada de las resoluciones judiciales) de las llamadas neurosis, los denominados trastornos neuróticos y los del control de los impulsos. Es decir, de qué forma clasifican y desarrollan los manuales internacionales dichas anomalías y si esas definiciones concuerdan, o no, con lo recogido en las resoluciones judiciales y si por tanto, dichas resoluciones son las más adecuadas para sentar, a día de hoy, jurisprudencia.

En tercer lugar, analizar las medidas de seguridad impuestas en las resoluciones judiciales. Para la consecución de este objetivo hemos procedido al análisis exhaustivo de las resoluciones que recogen medidas de seguridad, exponiendo de qué tipo son y la cuantía de las mismas en relación a todas las resoluciones que en sí recogen alguna eximente completa o incompleta. Como objetivo previo se ha explicado detalladamente el substrato fisiológico, psicológico y médico de dichos trastornos y muchos de los tratamientos médico-psicológicos que actualmente existen y los resultados de los mismos.

El grueso de nuestra investigación se basa pues en el examen de la doctrina jurisprudencial, tanto de las Audiencias Provinciales y Tribunales Superiores de Justicia, como indiscutiblemente, de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, que nos definen a través de sus resoluciones y de la doctrina jurisprudencial asentada, los criterios para la aplicación de eximentes (completa e incompleta), el carácter vinculante, o no, del informe pericial forense y, por último, todo lo relativo a las consecuencias jurídicas: (pena y/o una medida de seguridad).

La idea de realizar una investigación multidisciplinar, donde tengan cabida tanto el conocimiento jurídico como el biológico y el psicológico-forense es, a nuestro parecer, útil para diversos profesionales, como juristas en general, jueces y fiscales, criminólogos, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, forenses, psicólogos y psiquiatras, víctimas o cualquier persona interesada en la materia. Es un hecho indiscutible que, cada vez más y mejor, la Psicología, la Psiquiatría y el Derecho son, en este sentido, ciencias destinadas a entenderse y relacionarse para profundizar tanto en la causa como en las consecuencias de los hechos delictivos, así como en el tratamiento que se le da a los mismos.

Como complemento al estudio, se presenta un video, a modo de panel de expertos, con las visiones y opiniones de varios profesionales de reconocido prestigio en el mundo del Derecho, la Psicología y la Medicina, cuya aportación nos resulta no sólo importante e interesante sino totalmente práctica y útil.

Como se desprende de todo lo anterior, parece muy pertinente e incluso necesario realizar un estudio pormenorizado, en su perspectiva jurídico-penal, de los llamados trastornos neuróticos, o en el pasado la denominada neurosis, y su influencia en la delincuencia, surgiendo el presente estudio de dicha inquietud.

ESTRUCTURA

La Tesis consta de los siguientes apartados:

I.- IMPUTABILIDAD. EXIMENTES Y ATENUANTES EN LOS TRASTORNOS MENTALES. En este capítulo nos centramos en la parte jurídica, abordando previamente el concepto histórico de imputabilidad hasta llegar a nuestro Código Penal actual, así como las causas que la excluyen. Concretamente, centrando el estudio en la causa recogida en el art. 20.1 CP, esto es, la eximente de padecer alteración o anomalía psíquica. Ello irá necesariamente relacionado con la eximente incompleta del art. 21.1 y la atenuante analógica del art. 21.7 del mismo cuerpo legal.

En relación con esta materia se describen las fórmulas legislativas empleadas para declarar la inimputabilidad de los sujetos que padecen una anomalía o alteración psíquica. Nos detendremos en el presupuesto biológico, explicando los tipos de anomalías o alteraciones que la Psiquiatría tradicional ha clasificado, y en el efecto psicológico que las mismas causan o pueden causar en la capacidad intelectiva y/o volitiva del sujeto que las padece. Además, se hará un breve repaso histórico de los anteriores códigos penales hasta llegar al actual y finalmente, una extensa descripción del trastorno mental transitorio y la acto libera in causa, por su indiscutible relación con la materia.

La última parte de este apartado se dedica a exponer con detalle las consecuencias jurídicas de las infracciones penales, con especial mención a las medidas de seguridad detalladas en nuestro Código Penal y previstas para los casos en que se aprecia eximente completa o incompleta, siempre en función de la peligrosidad criminal del sujeto.

II.- LA PERICIAL PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA EN EL PROCEDIMIENTO PENAL. En relación a la pericial, es necesario indicar que en los últimos veinte años la Psicología y Psiquiatría Forense han experimentado un gran auge y reconocimiento como disciplinas necesarias en el asesoramiento a Jueces y Tribunales cuando precisan conocer las características psicológicas de las personas implicadas en la ejecución de un hecho delictivo. En el marco de este desarrollo, llama la atención la creciente demanda de informes periciales al psicólogo/psiquiatra forense, en materia penal, con el objeto de determinar si existe patología en la estructura de personalidad del investigado que haya podido alterar su responsabilidad penal y/o haga prever su riesgo de reincidencia.

III.- CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ESPECIAL MENCIÓN A LOS TRASTORNOS CONOCIDOS COMO NEURÓTICOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS. En este apartado se hace mención por un lado a la clasificación que los dos manuales internacionales de diagnóstico realizan de los diversos trastornos mentales con la finalidad de dar al lector un visión general de todos los trastornos y la definición de éstos; para, en un segundo lugar, exponer más en profundidad la clasificación de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, que son objeto de nuestra investigación, y por qué lo son.

IV.- NEUROSIS, TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS. APROXIMACIÓN PSICO-BIOLÓGICA DESDE UNA PERSPECTIVA PENAL. En el mismo se analizan en primer lugar los conceptos, comenzando por los antecedentes histó-

ricos del término neurosis, pasando por las teorías clásicas de los principales autores, hasta llegar a la visión actual, recogida en los manuales internacionales de diagnóstico, base de Psiquiatras/Psicólogos-Forenses y Jueces para llevar a cabo su tarea.

Se analiza también en qué consiste el sistema nervioso y cómo funciona el mismo en una persona sana para así poder llegar a entender cómo funciona en el caso de padecer una disfunción, anomalía, alteración psíquica o trastorno conductual. Se señalan en este capítulo numerosos estudios recientes de Neurociencia, Neurobiología y Genética y Psicología que concluyen con datos realmente interesantes en este campo.

Y finalmente se presenta una cuestión relativa al principio de culpabilidad, la libertad y el libro albedrío de las personas al tomar una decisión sobre una futura conducta. Un viejo debate entre la Neurociencia y el Derecho Penal.

V.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

VI.- METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

VII.- RESULTADOS.

En este apartado se realizan varias clasificaciones del total de las 368 resoluciones estudiadas, en función del tipo de trastorno, delito cometido y la eximente o atenuante, en su caso, apreciada por los Tribunales. Se incluyen únicamente los trastornos neuróticos aislados y se prescinde intencionadamente de los asociados a otros trastornos que pueden ser de índole extraordinariamente diversa. Se estudia también, si el "diagnóstico jurídico", seguramente derivado del correspondiente informe pericial, concuerda o no con las definiciones y clasificaciones realizadas por los manuales internaciones de diagnóstico CIE-10 Y DSM-5. En el caso de que no sea así se indica si hay un diagnóstico que sería atribuible o, por el contrario, no se le podría atribuir un diagnóstico más preciso en base a la terminología más actual y estandarizada. Por último se describen y analizan las medidas de seguridad impuestas en dichas sentencia. Se incluyen numerosos gráficos y tablas para facilitar la interpretación de los datos.

VIII.- DISCUSIÓN GENERAL

IX.- PERSPECTIVA DE FUTURO. En este apartado se realizarán una serie de consideraciones finales junto con el método de discusión necesario tras el análisis profundo y las propuestas que se presentan con la intención siempre de mejorar la aplicación de nuestro sistema legislativo. Por último, se propondrán algunas medidas a tener en cuenta para en definitiva, mejorar tanto la redacción de las resoluciones judiciales, incluyendo análisis de los fundamentos jurídicos como las consecuencias jurídicas recogidas en el fallo, como el control de los sujetos implicados.

X.- CONCLUSIONES

I. IMPUTABILIDAD. EXIMENTES Y ATENUANTES

1. Imputabilidad. Concepto

El sentido etimológico de la palabra imputar es *atribuir*, por tanto, para que a un sujeto le sea atribuible jurídicamente un comportamiento, es necesario que tenga capacidad para comprender la ilicitud del hecho (elemento objetivo/cognitivo: capacidad intelectual) y de actuar conforme a esa comprensión (elemento subjetivo/volitivo: capacidad volitiva). Sin embargo, dicha definición no se recoge explícitamente en nuestro texto legal, sino que hemos de deducirla a partir de las causas de inimputabilidad que sí se regulan de forma expresa y detallada[1].

Pues bien, para que un sujeto tenga capacidad de culpabilidad, debe tener sus facultades biopsíquicas normales, un nivel de madurez bastante y capacidad de autodeterminación. Y estos elementos deben interpretarse en un sentido amplio, debiendo el sujeto conservar la capacidad de conocer las causas, características y consecuencias de sus actos y la capacidad para escoger entre llevar a cabo un hecho concreto o no llevarlo a cabo[2], puesto que la mera constatación de la realización de un hecho injusto tipificado por la ley penal no basta para la exigencia de responsabilidad criminal, sino que la misma requiere inexorablemente la afirmación de la culpabilidad del sujeto.

Partiendo de ahí, el sujeto se sometería a un reproche penal por el ilícito cometido. Y ese es precisamente el punto de partida de nuestro Código, que aunque no establece una definición expresa de imputabilidad, como decíamos, sí enumera las causas de exclusión de la misma a través de las tres primeras eximentes del art. 20, que son aquellas situaciones en las que resulta imposible atribuirle al sujeto un hecho antijurídico, ya sea porque padece una anomalía o alteración psíquica, por encontrarse en un estado de intoxicación plena o bajo un síndrome de abstinencia o, en último lugar, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia. Y todo ello porque el legislador considera que ante esas determinadas circunstancias, el sujeto sería incapaz, bien de comprender la licitud del hecho, bien de actuar conforme a esa comprensión[3]. Es necesario tener en cuenta que el momento para determinar si el sujeto es

---

[1] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*, Dykinson, Madrid 2009, p. 19; COBO DEL ROSAL, M. (Direct y Coord), PREIS RIERA, J., QUINTANAR DÍEZ, M., SÁNCHEZ DOMINGO, B.: *Sinopsis de Derecho Penal, Parte General (libro de estudio)*, Dykinson, Madrid 2011, pp. 140 y 141; OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal. Parte General: Elementos básicos de Teoría del delito*, Tecnos, Madrid 2015, p. 131.

[2] CRESPO ALONSO, S.: *Las circunstancias modificativas de la capacidad jurídica: los límites de la culpabilidad. Enfermedad mental y capacidad*, Studia Iuridica, Barcelona 2011, p. 81.
Véase al respecto la *posición personal* de BUSTOS RAMIREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal, Vol. II*, Editorial Trotta, Madrid 1999, pp. 341 a 344.

[3] JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: "La impropiamente denominada eximente de minoría de edad en Derecho Penal español" en *Derecho Penal de menores y adolescentes: una visión dual desde Chile y España* (Directores: Morilla Cueva, L. y Náquira Riveros, J.) Dykinson, Madrid 2009, pp. 138-140; JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: "Imputabilidad penal. Causas que la excluyen o modifican" en *Derecho y Medicina: Cuestiones penales relevantes para el profesional de la salud*, Thomson Reeuters – Aranzadi, Navarra 2009, pp. 1059-1066; MACHADO RUÍZ, MªD. y MAQUEDA ABREU, MªL.: *Derecho Penal – Parte General*, *2ª ed*. (Director: Zugaldía Espinar, J.M. y Coordinador: Pérez Alonso, E.J.) Tirant lo Blanch, Valencia 2004, pp. 627-631.

imputable o no es el de la comisión del hecho delictivo, no antes ni después, recogido en el propio art. 20.1 y 2 CP: "al tiempo de cometer la infracción penal"[4]. En esta línea surgen las llamadas *actio libera in causa*, que veremos más adelante.

Dentro de las cuantiosas definiciones que los distintas penalistas han dado del concepto de imputabilidad a lo largo del tiempo, pasemos ahora a indicar algunas de las más representativas.

JIMÉNEZ DE ASÚA entiende por imputabilidad "la capacidad en el agente para que puedan ser atribuidos los actos que perpetra"[5]. Capacidad que define DÍAZ PALOS como "el conjunto de condiciones psicosomáticas exigidas por la ley penal para que las acciones u omisiones penadas en la misma puedan ser atribuidas al que las ejecutó como a su causa voluntaria"[6]. ANTÓN ONECA establece que "la imputabilidad consiste en el estado, actitud o capacidad del sujeto, base de la responsabilidad criminal"[7]. CUELLO CALÓN considera que "se refiere a un modo de ser del agente, a un estado espiritual del mismo y tiene por fundamento la concurrencia de ciertas condiciones psíquicas, biológicas y morales (salud mental y madurez) exigidas por la ley para responder de los hechos cometidos"[8]. Y a estas condiciones alude la definición de RODRÍGUEZ DEVESA, que entiende por imputable "al que reúnas aquellas características biopsíquicas que con arreglo a la legislación vigente le hacen capaz de ser responsable de sus propios actos"[9]. CEREZO MIR entiende la imputabilidad como "un determinado desarrollo o madurez de la personalidad y unas determinadas condiciones biopsíquicas que le permitan al sujeto conocer la licitud o ilicitud de sus acciones u omisiones y obrar conforme a ese conocimiento"[10] y de una forma parecida la entienden COBO DEL ROSAL y VIVES ANTÓN: "el conjunto de requisitos psicobiológicos exigidos por la ley vigente que expresan que la persona tenía la capacidad de valorar y comprender la ilicitud del hecho realizado por ella y actuar en los términos requerido en el ordenamiento jurídico"[11]. NÁQUIRA RIVEROS entiende la imputabilidad como "aquella conciencia que permite al actor comprender el injusto base de su actuar dentro de un ámbito jurídico-penal determinado y sobre la base de dicha compren-

[4] COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho Penal español, Parte General,* CESEJ, Madrid 2010, pp. 170 y 171; GONZÁLEZ RUS, J.J. y GONZÁLEZ TAPIA, M.I.: *Comentarios al Código Penal, T.I.*, Madrid 1999, p. 272; OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal, Parte General*...cit, p. 132; COBO DEL ROSAL, M. (Direct.), PERIS RIERA, J., QUINTANAR DÍEZ, M., SÁNCHEZ DOMINGO, B.: *Sinopsis de Derecho Penal*...cit, pp. 141 A 144.

[5] JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado de Derecho Penal . Tomo V, El delito: la culpabilidad*, *3ª ed,* Losada, Buenos Aires, 1976, p.81.

[6] DÍAZ PALOS, F.: *Teoría general de la imputabilidad,* Boch, Barcelona, 1965, p.40.

[7] ANTÓN ONECA, J.: *Derecho Penal,* 2ª ed, Akal, Madrid 1986, p. 215.

[8] CUELLO CALÓN, E.: *Derecho Penal I (Parte General), vol. 1,* revisado y puesto al día por CARMAGO HERNÁNDEZ, C., 18ª ed, Boch, Barcelona, 1980, p. 425.

[9] RODRÍGUEZ DEVESA, J.M., SERRANO GÓMEZ, A.: *Derecho Penal español , Parte General,* 18ª ed.; revisada y puesta la día, Dykinson, Madrid 1995, p. 449.

[10] CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal español. Parte General, III. Teoría jurídica del delito,* 1ª ed, 5ª impr., Tecnos, Madrid, 2005*,* p.50.

[11] COBO DEL ROSAL, M., VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal. Parte General,* 5ª ed, corregida, aumentada y actualizada, Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, p. 576.

sión, autodeterminarse conforme a Derecho"[12]. Por otro lado, SÁINZ CANTERO la define como "la capacidad del hombre para actuar culpablemente, esto es: para realizar la acción (que puede ejecutar también si no es imputable) típica y antijurídica, con dolo o culpa, y para que el ordenamiento jurídico pueda exigirle que se comporte conforme a lo que la norma manda o prohíbe"[13]. En esta misma línea encontramos a OLIVA GARCÍA[14] que la define como "la capacidad de autodeterminación que el ordenamiento requiere para la responsabilidad penal". También SUÁREZ-MIRA[15] entiende que "la imputabilidad debe ser definida como el juicio de valor, expresado sobre la base de la existencia en el individuo de un conjunto de requisitos psicológicos y normativos que permite la atribución subjetiva de una infracción penal al mismo por poseer las condiciones mentales adecuadas y no existir impedimento legal alguno para poder formular contra él el reproche por haber actuado en contra de las exigencias del Derecho, pese a haber comprendido la ilicitud del hecho y poder haber actuado conforme a dicha comprensión". QUINTERO OLIVARES junto con MORALES PRATS defienden la siguiente definición: "la imputabilidad es en nuestro Derecho la posibilidad de conocer el sentido de los mandatos y prohibiciones del derecho y de actuar con arreglo a esa comprensión"[16]. LUZÓN PEÑA entiende que "la imputabilidad requiere normalidad psíquica, ausencia de perturbaciones mentales, permanentes o pasajeras, y además la madurez o suficiente desarrollo mental, emocional y educativo del sujeto, o sea, la suficiente edad, que puede anterior a la mayor edad, aunque la plena imputabilidad se atrasa hasta la misma"[17].

En otra línea doctrinal basada en la indemostrabilidad del libre albedrío encontramos a GIMBERNAT, quien considera que "la imputabilidad constituye una capacidad normal de motivación de la norma, por lo que los inimputables son sujetos inaccesibles a la motivación de la pena"[18] y en esa misma postura encontramos a MIR PUIG que considera que "la imputabilidad debe definirse en función de la normalidad motivacional del sujeto. La responsabilidad penal falta cuando el sujeto actúa bajo el influjo de una motivación anormal, y este influjo puede tener lugar en términos tales que afecte a la normalidad psíquica del sujeto"[19]. MUÑOZ CONDE y GARCÍA ARÁN indican que "la culpabilidad se basa en que el autor de la infracción penal, del hecho típico y antijurídico, tenga las facultades psíquicas y el grado de madurez suficiente para

[12] NÁQUIRA RIVEROS, J.: *Imputabilidad, conciencia de lo injusto y contexto situaciones normal: de su objeto, contenido y relación,* Cuadernos de Política Criminal nº 55, Madrid, 1995, p. 143.
[13] SÁINZ CANTERO, J.A.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte General,* 3ª ed; Boch, Barcelona, 1990, p. 645.
[14] OLIVA GARCÍA, H.: *Introducción a las bases doctrinales de la imputabilidad,* La Ley (1982-4º), D-217, p. 1141.
[15] SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.: *La imputabilidad del consumidor de drogas,* 1ª ed, 1ª impr., Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, p. 85.
[16] QUINTERO OLIVARES, G.: *Parte General del Derecho Penal (con la colaboración de MORALES PRATS, F.)*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra 2015, p. 265. A colación indican: "Interpretando en sentido inverso las palabras de la ley, resulta que la imputabilidad para nuestro derecho no es la libre capacidad para elegir entre lo bueno y lo malo, sino es decir, la posibilidad de que esa comprensión pueda operar como contramotivo".
[17] LUZÓN PEÑA, D.M.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte general, 2ª ed,* Tirant lo Blanch, Valencia 2012, pp. 511 y 520.
[18] GIMBERNAT ORDEIG, E.: "El sistema del Derecho Penal en la actualidad" *en Estudios de Derecho Penal,* 3ª ed, Tecnos, Madrid, 1990, p.180.
[19] MIR PUIG, S.: *Derecho Penal, Parte General, 10ª ed*, Editorial Reppertor, Barcelona 2015, p. 583.

poder ser motivado en sus actos por los mandatos normativos. Al conjunto de estas facultades mínimas requeridas para considerar a un sujeto culpable se le llama imputabilidad o más modernamente, capacidad de culpabilidad"[20]. BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE la define como "la suficiente capacidad de motivación, es decir, la capacidad psíquica que se considera necesaria para atribuirle la categoría de responsable de ese hecho antijurídico"[21]. SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, JUDEL PRIETO y PIÑOL RODRÍGUEZ concluyen que la imputabilidad debe ser definida como el juicio de valor, expresado sobre la base de la existencia en el individuo de un conjunto de requisitos psicológicos y normativos, que permite la atribución subjetiva de una infracción penal al mismo por poseer las condiciones mentales adecuadas y no existir impedimento legal alguno para poder formular contra él el reproche por haber actuado en contra de las exigencias del Derecho pese a haber comprendido la ilicitud del hecho y poder haber actuado conforme a dicha comprensión[22].

Por otro lado y haciendo referencia a la definición de imputabilidad a sensu contrario, es decir, desde la inimputabilidad, encontramos a ZUGALDÍA ESPINAR[23], MACHADO RUÍZ Y MAQUEDA ABREU[24], que entienden que no será culpable el sujeto si actuó en circunstancias de motivación absolutamente normales, es decir, no será responsable de sus actos al no ser accesible a la motivación de la norma y en consecuencia, no habrá tampoco necesidad de pena. En el mismo sentido se pronuncian CUELLO CONTRERAS y MAPELLI CAFFARENA: "la inimputabilidad de la persona adulta es la *excepción* que impide reprochar a título de culpabilidad la acción típica y antijurídica a su autor. Ello quiere decir que sólo cuando haya indicios de la ausencia de imputabilidad, el Tribunal deberá indagar si concurren los requisitos establecidos por la ley para declararla, estimándose sin más la imputabilidad en caso contrario"[25].

Al respecto es necesario hacer mención a la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, materializada en la L.O. 13/2015, de 5 de octubre, cuya exposición de motivos indica en el apartado V lo siguiente: "La reforma también tiene por objeto adaptar el lenguaje de la Ley de Enjuiciamiento Criminal a los tiempos actuales y, en particular, eliminar determinadas expresiones usadas de modo indiscriminado en la ley, sin ningún tipo de rigor conceptual, tales como imputado o reo, con las que se alude a la persona sobre la que tan sólo recaen meras sospechas, y por ello resulta investigado, pero respecto de la cual no existen suficientes indicios

[20] MUÑOZ CONDE, F., GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal, Parte General, 9ªed*, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, p. 389.
[21] BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I. y otros: *Curso de Derecho Penal. Parte General, 2*ª ed, Ed. Experiencia, Barcelona, 2010, p. 326.
[22] SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C. (Coordinador), JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal. Tomo I. Parte General, 6ª ed*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra 2011; p. 180.
[23] ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Director), MORENO-TORRES HERRERA, R.Mª (Coordinadora), MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E., RAMOS TAPIA, I. y ESQUINAS VALVERDE, P. (Autores): *Lecciones de Derecho Penal (parte general)*, Tirant lo Blanch, Valencia 2015; pp. 151 y 152.
[24] MACHADO RUÍZ, M.D., MAQUEDA ABREU, M.L. en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Director) y PÉREZ ALONSO, E.J. (Coord.) y otros: *Derecho Penal. Parte General,* 2ª ed, 1ª impr., Tirant lo Blanch, Valencia 2004, p. 627.
[25] CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de Derecho Penal, parte general, 2ª ed,* Tecnos, Madrid 2014; p. 113.

para que se le atribuya judicial y formalmente la comisión de un hecho punible. A tal fin se convocó la Comisión para la Claridad del Lenguaje Jurídico, cuyas recomendaciones fueron tenidas en cuenta en la redacción de los preceptos de esta ley. Entre sus conclusiones se encuentra la necesidad de evitar las connotaciones negativas y estigmatizadoras de esas expresiones, acomodando el lenguaje a la realidad de lo que acontece en cada una de las fases del proceso penal, razones que han de llevarnos a la sustitución de los vocablos *imputado* y *reo* por otros más adecuados, como son *investigado* y *encausado*. La reforma ha hecho suyas esas conclusiones. Y así, el primero de esos términos servirá para identificar a la persona sometida a investigación por su relación con un delito; mientras que con encausado se designará, de manera general, a aquél a quien la autoridad judicial, una vez concluida la instrucción de la causa, imputa formalmente el haber participado en la comisión de un hecho delictivo concreto. Sin perjuicio de que a lo largo de esta ley se ha procedido ya de acuerdo con semejante ajuste conceptual y terminológico, en la Disposición Adicional Segunda se efectúa la oportuna sustitución de los términos mencionados en la Ley de Enjuiciamiento Criminal". Por tanto, durante la fase de Instrucción de la causa, el imputado pasará a ser *investigado* y a partir de la apertura de Juicio oral, el sujeto adoptará el nombre de *encausado*.

En resumen, podemos decir que en nuestro código penal se parte de la idea de que todo adulto es, a priori, imputable o en otros términos, poseedor de "capacidad para actuar culpablemente". El concepto normativo de culpabilidad centra sustancialmente la imputabilidad en la capacidad de comprender y de querer, tradicionalmente considerados como la base del normal ejercicio de la libertad o autodeterminación. Así, la mera comprobación de la realización de un hecho delictivo, no basta para la exigencia de responsabilidad penal, es preciso conocer si efectivamente esa conducta punible fue realizada de modo autodeterminado. El acto volitivo, voluntario, es aquel que surge como reacción a una decisión consciente, reflexiva y con sentido. La voluntad es la capacidad de poder autodeterminarse, de poder reflexionar o decidir, de elegir, de admitir o rechazar, en definitiva, de hacer posible que una idea, un deseo, se transforme en acto voluntario.

Es de lógica pensar que nuestro ordenamiento jurídico en general mantiene una idea de libertad, aunque relativa y no absoluta, recogiéndolo así en nuestra constitución en los arts. 16 y 17[26] y por tanto, debemos partir de que el código penal adopta la misma postura, entendiendo que el sujeto es libre para autodeterminarse a llevar a cabo o no un hecho delictivo, es decir, existencia de una concepción normativa que se apoya en la libertad de voluntad del sujeto. Por tanto, si el sujeto, que es libre, mantiene sus facultades intelectivas y volitivas intactas y no adolece de anomalía o alteración endógena o exógena, se considerará imputable, es decir, tendrá capacidad de culpabilidad, y por tanto, podrán atribuírsele los hechos delictivos cometidos.

2. Causas de inimputabilidad

[26] Art. 16.1 CE: Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley (…)
Art. 17.1 CE: Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley (…)

Partiendo de la premisa de que imputar es atribuir a un sujeto la realización de un hecho típico y antijurídico, se deduce que la inimputabilidad es la imposibilidad de hacer responsable a un sujeto por un hecho delictivo, debido a la ausencia de capacidad de culpabilidad, que viene determinada por tres causas tasadas en el art. 20 CP, con carácter general y una, recogida en el art. 19, con carácter especial, que no es propiamente una eximente, como veremos.

Recoge el mencionado art. 20 que están exentos de responsabilidad criminal: "1) El que al tiempo de cometer una infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando haya sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever la comisión. 2) El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. 3) El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad".

Por tanto, se hace referencia a los supuestos en que el sujeto tiene anulada o gravemente afectada su capacidad de comprensión o bien, es incapaz de comportarse conforme a la misma, deduciéndose necesariamente la exención de responsabilidad en su comportamiento por no tener capacidad de culpabilidad[27].

En relación al caso particular del art. 19 CP, que recoge: "los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código", no es que se considere una causa de inimputabilidad, entendemos, sino que el legislador ha querido que el menor con edad comprendida entre los catorce y los dieciocho años, responda de sus actos conforme a otra ley más específica, la Ley Orgánica reguladora de responsabilidad penal del menor (LORPM), que recoge los presupuestos de hecho y las consecuencias jurídicas de los mismos conforme a la circunstancia especial de la minoría de edad[28]. Si bien en el Texto Refundido del 73 el art. 8.2º fijaba la edad de imputabilidad en dieciséis años, el actual Código lo hace, como decimos, en dieciocho. Con ello, como indica JIMÉNEZ DÍAZ, se produce la equiparación de la mayoría de edad penal con la fijada en el ámbito civil y político (art. 12 CE) y se adapta la normativa penal a la previsión efectuada por la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, de

[27] SILVA SÁNCHEZ, J.M.: "La valoración normativa de la dimensión de inidentidad" en *Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat – Tomo I*, Edisofer, Madrid 2008, p. 677.

[28] Véase con respecto a la LO 5/2000: CARMONA SALGADO, C.: *Algunas consideraciones críticas sobre las sucesivas reformas de la legislación penal de menores a partir de la LO 5/2000. La nueva ley 8/2006*, La Ley, Madrid 2008, p.1; ORNOSA FERNÁNDEZ, Mª.R.: Derecho Penal de Menores, 3ª ed, Editorial Bosch, Barcelona 2005, p. 107; MORILLAS CUEVA, L.: Derecho Penal, Parte General. Fundamentos conceptuales y metodológicos del Derecho Penal. Ley Penal, Dykinson, Madrid 2010, pp. 51 a 55.

20 de noviembre de 1989, según la cuál, han de ser considerados niños los menores de dieciocho años (art. 1)[29].

Sí se establecería sin embargo, una exención de responsabilidad criminal para los menores de catorce años, que no responderían ni con arreglo al Código Penal ni a la LORPM sino a las normas contenidas en el Código Civil y demás disposiciones vigentes[30]. Por tanto, "la inimputabilidad sólo puede predicarse de los menores de catorce años, atendiendo estrictamente a su edad cronológica", afirman QUINTANAR DÍEZ y ORTIZ NAVARRO[31]. No obstante, existen autores como COBO DEL ROSAL, QUINTANAR DÍEZ, OBREGÓN GARCÍA, GÓMEZ LANZ , QUINTERO OLIVARES, MIR PUIG, CUELLO CONTRERAS, MAPELLI CAFFARENA, ORTS BERENGUER y GONZÁLEZ CUSSAC que sí incluyen la minoría de edad entre estas causas, como se hacía en el anterior Código Penal, donde se recogía como otra causa de exención de la responsabilidad, por tanto, con naturaleza de causa de inimputabilidad[32].

---

[29] JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: "La impropiamente denominada eximente…"cit., pp. 140-169.
Véase también al respecto: JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: "Imputabilidad penal…"cit., p. 1065; BUENO ARÚS. F.: "Menor edad: imputabilidad o inimputabilidad sui generis. Influencia en este punto de la LORPM" en *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, CGPJ, Madrid 2007, pp. 339-343; DEMETRIO CRESPO, E.: *Lecciones y materiales para el estudio del Derecho Penal*, Tomo II, Iustel, Madrid 2011, pp. 326 y 327; GIL GIL, A., LACRUZ LÓPEZ, J.M., MELENDO PARDOS, M., NÚÑEZ FERNÁNDEZ, J.: *Curso de Derecho Penal, Parte General*, Dykinson, Madrid 2015, pp. 588 y 589; LUZÓN CUESTA, J.Mª.: *Compendio de Derecho Penal – Parte General*, *23ª ed.,* Dykinson, Madrid 2016, pp. 123-124; JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: "Edad y Menor" en *El menor como víctima y victimario de la violencia social (estudio jurídico)*, Dykinson, Madrid 2010, p. 45.

[30] MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal… cit.*, pp. 391-394; Art. 3 LORPM en relación con LO 5/2000, de 12 de enero.

[31] QUINTANAR DÍEZ, M. (Director) y ORTIZ NAVARRO, J.F.: *Elementos de Derecho Penal, parte general*, Tirant lo Blanch, Valencia 2014, p. 104.

[32] COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR, DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho Penal español*…cit, p. 173; COBO DEL ROSAL, M. (Direct.), PERIS RIERA, J., QUINTANAR DÍEZ, M., SÁNCHEZ DOMINGO, B.: *Sinopsis de Derecho Penal, Parte Genera…cit,* pp. 153 a 155; OBREGÓN GARCÍA, A., GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal, Parte General…cit,* p. 139; QUINTERO OLIVARES, G.: *Parte General del Derecho Penal, cit.*, pp. 271-273 y MORALES PRATS, F. en el mismo manual, pp. 316-319; MIR PUIG, S.: *Derecho Penal, Parte General…cit*, p. 584; CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de Derecho Penal, parte general, 2ª ed …cit*; p. 113; CUELLO CONTRERAS, J.: *El derecho penal español. Parte general. Vol. 2. Teoría del delito (2),* Dykinson, Madrid 2009, P. 577;
ORTS BERENGUER, E. y GONZÁLEZ CUSSAC, J.L.: *Compendio de Derecho Penal, Parte General, 6ª ed,* Tirant lo Blanch, Valencia 2016, p. 424.
Véase al respecto: SAP de Asturias, de 15 de junio de 1998 (EDJ 1998/18451): Se aprecia la atenuante de minoría de edad del art. 9.3 del Código de 1973 en relación con la Disposición Derogatoria única, 1a) del Código de 1995; SAP de Sevilla, de 10 de abril de 2000 (EDJ 2000/38571): se aplica la atenuante de minoría de edad del art. 9.3 CP de 1973.
Disposición Derogatoria Única LO 10/1995, de 23 de noviembre:
1. Quedan derogados:
a) El texto refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre, con sus modificaciones posteriores, excepto los arts. 8.2, 9.3, la regla 1ª del art. 20 en lo que se refiere al número 2º del art. 8, el segundo párrafo del art. 22, 65 y las disposiciones adicionales primera y segunda de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio.

Establece CUELLO CONTRERAS que la razón por la que existe un régimen penal especial para los menores de signo educativo obedece a que, 1º, por debajo de cierta edad, más allá incluso de los veintiuno, el menor y el joven son más enderezables que el adulto de mayor edad, razón por la cual merece la pena apostar por la reeducación5; y, 2º, principal ahora, por debajo de ciertas edades aunque se tiene capacidad de culpabilidad es más difícil controlar los impulsos, sobre todo si el joven se ve sorprendido por experiencias con las que no se había visto confrontado hasta entonces[33].

3. La eximente de padecer alteración o anomalía psíquica: art. 20.1 CP

3.1. Antecedentes

En el antiguo Derecho Romano se reconoció la exención de pena para algunos enfermos mentales: *el mente captus, el furiosus y el demens*. Pero en el S. XVIII, según la práctica del Parlamento de París, el juez *a quo* debía imponer al perturbado la pena ordinaria, pudiendo ser la misma anulada o atenuada por el juez *ad quem*.

Fue a partir del S. XIX (1848) cuando se declaró exento de responsabilidad criminal al *loco o demente*, a no ser que hubiera obrado en un intervalo de lucidez. El Código de 1870 lo denominaba *imbécil o loco.* El código de 1928 adoptaba una fórmula mixta*:* "…en estado de perturbación o debilidad mental, de origen patológico, que prive necesariamente y por completo a su conciencia de la aptitud para comprender la injusticia de sus actos o a su voluntad para obrar de acuerdo con ella" y fue en 1932 cuando se introdujo a iniciativa del psiquiatra Sanchís Banús[34] los términos *enajenación y trastorno mental transitorio*, bajo una fórmula psiquiátrica. El Código de 1973 volvía a hacer hincapié en la fórmula psiquiátrica/biológica cuando en su art. 8.1 recogía: *"*el enajenado está exento de responsabilidad criminal*",* aunque de nuevo interpretada restrictivamente por el Alto Tribunal, razón ésta que provocó el cambio de tendencia del legislador[35].

[33] CUELLO CONTRERAS, J.: "Reflexiones sobre la capacidad de culpabilidad del menor y su tratamiento educativo", Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología, núm. 12, Granada 2010.
[34] SANCHÍS BANÚS, J. (1893-1932): Neuropsiquiatra español. Fundó junto a otros médicos la revistas Archivos de Neurobiología y la Asociación española de Neuropsiquiatras. Formó parte de la comisión Parlamentaria de elaboración del Código Penal de 1932. Obras más conocidas: "Terapéutica moderna de la epilepsia", "El problema de la esquizofrenia" y "Formas anómalas de las meningitis tuberculosas".
[35] Véase al respecto: PÉREZ-VITORIA MORENO, O.: "El trastorno mental transitorio como causa de inimputabilidad en el Código Penal español", Anuario de derecho penal y ciencias penales, Vol. 5, núm. 1, 1952; p. 26-44.

3.2. Concepto vigente. Código penal de 1995

En nuestro vigente Código de 1995 se incluye la fórmula mixta que rige actualmente*:* "el que al tiempo de cometer una infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión"[36].

Las fórmulas legislativas para configurar los supuestos de inimputabilidad debido a problemas psíquicos son las siguientes:

- Fórmula biológica o psiquiátrica: se centra exclusivamente en si el sujeto padece o no una enfermedad, trastorno o anomalía psíquica.
- Fórmula psicológica: se refiere al efecto de la inimputabilidad en el momento de comisión del hecho, es decir, las consecuencias psicológicas que jurídicamente son relevantes para la consideración de inimputable, sin fijarse en la anomalía psíquica que pueda padecer el sujeto.
- Fórmula mixta (biológico-psicológica): requiere de ambas, es decir, se analiza tanto la anomalía como el efecto psicológico que produce en el sujeto dicha alteración[37].

El art. 8 del anterior Código Penal establecía: "Están exentos de responsabilidad criminal: 1º. El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste, haya sido buscado de propósito para delinquir…", plasmando una fórmula biológica o psiquiátrica para la descripción de la eximente. El legislador, excesivamente breve, tan sólo requirió para su aplicación el requisito de la enajenación, pero los Tribunales haciendo uso de una interpretación restrictiva de la norma, requirieron además que la misma produjera un efecto

---

[36] Para mayor detalle de la evolución histórica, véanse: MIR PUIG, S.: *Derecho Penal, Parte General…cit;* pp. 585 y 586; CASTELLÓ NICÁS, N.: *Actual doctrina de la imputabilidad penal*…cit., pp. 376-382; DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.: *Derecho Penal español, Parte General*, Tirant lo Blanch, Valencia 2011, p. 412; CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal español, Parte General, 5*ª ed, Tecnos, Madrid 1996, pp. 109-145; GIL GIL, A., LACRUZ LÓPEZ, J.M., MELENDO PARDOS, M., NÚÑEZ FERNÁNDEZ, J.: *Curso de Derecho Penal español…cit.*, pp.569-570; BLANCO LOZANO, C.: *Derecho Penal, Parte General*, La Ley, Madrid 2003, pp. 134-177; MORILLAS CUEVA, L.: *Derecho Penal, Parte General…cit*, pp. 169 a 175; CUELLO CONTRERAS, J.: *El derecho penal español. Curso de iniciación, parte general. Nociones introductorias. Teoría del delito/1, 2ª ed*, Civitas, Madrid 1996, pp. 219-228.

[37] MIR PUIG, S.: *Derecho Penal, Parte General*…cit., pp. 581-584; LUIS-ROMÁN PUERTA, L.: *Actual doctrina de la imputabilidad penal* … cit., p. 50; ERNEST MAYER, M.: *Derecho Penal, Parte General* …cit., pp. 260 y 261; FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*…cit, pp. 22-34; TORÍO LÓPEZ, A.: "Las fórmulas legislativas sobre la enfermedad mental, discusión del concepto de enajenación" en *Estudios jurídicos en honor al Profesor Octavio Pérez-Vitoria*, Vol. II, Bosch, Barcelona 1983, p. 973; COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho Penal español*…cit, pp. 176 y 177; DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.: *Derecho Penal español, Parte General*…cit, pp. 411 y 412; GIL GIL, A., LACRUZ LÓPEZ, J.M., MELENDO PARDOS, M., NÚÑEZ FERNÁNDEZ, J.: *Curso de Derecho penal, Parte General*…cit, pp. 568-570; OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal, Parte General…cit*, p. 140.
Véase STS de 19 de julio de 2004 (RJ 2004/6039) que señala: "Fue la propia Jurisprudencia, desde tiempos antiguos, incluso con anterioridad a la trascendental STS de 29 de mayo de 1948 (RJ 1948/870), la que desarrolló en nuestro país el denominado "criterio mixto", bilógico-psicológico…"

de inimputabilidad en el sujeto. El Código Penal actual, sin embargo, recoge expresamente la fórmula mixta, regulando tanto causa como efecto: "el que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión"[38].

Esta fórmula al parecer no gustó en demasía a autores como GIMBERNAT, que hacía la siguiente crítica: "El legislador no debía haber adoptado tal fórmula legal, pues al introducir una definición legal de la imputabilidad permitía entender que se acepta también la categoría dogmática "culpabilidad", de la que la imputabilidad o capacidad de culpabilidad es el presupuesto". Frente a lo que QUINTERO OLIVARES y MORALES PRATS estiman que: "Con la fórmula del art. 20.1 CP el legislador decide centrar el fundamento de la eximente no tanto en la causa de la alteración como en el efecto. Trasladar el centro de gravedad al efecto que la alteración (sea morbosa o sea de personalidad) ha de tener sobre el sujeto implica, cuando menos, establecer una base para una interpretación notablemente más sólida y amplia, con independencia de que se puedan criticar los conceptos de comprensión de la ilicitud y actuación conforme a la ilicitud, pero en todo caso, estaremos ante un efecto y, como tal, valorable con independencia de que traiga causa de una enfermedad mental o de una alteración de la personalidad, con lo cual se supera la antigua división, tan difícil, por otra parte, entre las psicosis y las neurosis, de un lado, y las psicopatías, de otro, con la añadida tendencia a conceder la eximente completa tan sólo a las dos primeras. De ese modo, se remueven obstáculos normativos y se ofrece una fórmula legal apta para acoger sin grandes problemas el concepto contemporáneo de enfermedad mental, y permitir a su vez la evolución futura del mismo"[39].

A modo de resumen podríamos afirmar que la inimputabilidad está compuesta por ese fundamental y necesario presupuesto biológico, es decir, el padecimiento de una alteración o anomalía psíquica (elemento biológico o psicopatológico), pero es igual de importante y determinante, el efecto psicológico que la misma produce en el sujeto y su control de la voluntad (la autodeterminación). De tal forma que un sujeto puede padecer una determinada anomalía psíquica y no incidir en absoluto en los elementos cognitivos y volitivos, por lo que el sujeto es perfectamente conocedor de la situación y perfectamente controlador de su voluntad, no influyendo dicha anomalía en su capacidad de culpabilidad. Es por ello por lo que se ha incluido en nuestro actual código, además del presupuesto biológico, para la aplicación de la eximente o atenuante en su caso, la obligatoriedad de que el sujeto no pueda comprender la ilicitud del hecho o no pueda actuar conforme a esa comprensión (efecto psicológico), a diferencia de las redacciones anteriores (con la excepción del Código de 1928, que también recogía la fórmula mixta) y la consecuente relación causal entre el trastorno/anomalía y el hecho delictivo[40], que

[38] La fórmula mixta se recoge en los tres apartados del art. 20 CP. En los dos primeros de la siguiente manera: "le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión" y en el tercero: "tenga alterada la conciencia de la realidad", pero en definitiva, todos plasman el efecto psicológico que se requiere para la aplicación de la eximente y la interpretación es la misma.

[39] QUINTERO OLIVARES, G. y MORALES PRATS, F.: *Parte General del Derecho Penal*…cit, pp. 266 y 267.

[40] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*…cit, pp. 35 y 36.
Véase STS de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001/1960) que señala: "El sistema penal de justicia de una sociedad democrática se fundamenta en el hecho y no en la personalidad del acusado, consecuencia de ellos

aunque no es exigida expresamente por el código, se puede afirmar que el Tribunal Supremo, a partir de su *sentencia de 16 de abril de 1902*, comienza a exigir que los hechos probados guarden relación de causalidad con la enfermedad que presenta le sujeto[41].

Este mismo contenido viene recogido en la *STS-18-12-2012 (RJ 10227/2012):* **"**Se reitera en esta resolución la doctrina, según la cual, la aplicación de esta eximente exige la concurrencia de un doble componente, biológico- psicológico, de modo que requiere, además de un sustrato psiquiátrico (patológico), que tal padecimiento produzca en el acusado una incapacidad severa para conocer el alcance de sus actos. Son, pues, dos sus elementos: uno, de carácter biológico, y otro, de naturaleza conductual, o si se quiere, comprensivo del sentido de la norma"[42].

3.2.1. Presupuesto biológico

Este presupuesto requiere que el sujeto padezca una anomalía o alteración psíquica en el momento de ejecución del acto criminal. Es decir, contiene y mantiene una visión exclusivamente fisiopatológica. Como vemos, con el actual código se ha suprimido el anterior término "enajenación" por anomalía o alteración, cuya valoración compartimos con MAZA MARTÍN: "con la nueva regulación se dispone de una fórmula más abierta, más ventajosa, al ofrecer la posibilidad de considerar, como eventuales causas de exención de la responsabilidad por inimputabilidad, no sólo a todos los trastornos o enfermedades mentales, sino a otras situaciones en las cuales el trasfondo patológico puede no llegar a tener la consideración médica de tal trastorno, como son los "rasgos de personalidad", las "disposiciones anormales" y otras anomalías en general"[43].

Abordaremos ahora por tanto, la definición de ambos conceptos. En el caso de la ***anomalía psíquica***, CARRASCO GÓMEZ señala que: "Se trata de variaciones sobre lo normal, que básicamente están sustentadas sobre lo constitucional y lo congénito, sin que se pueda obviar la influencia de lo adquirido. Y también son aquellos estados mentales anormales congénitos, casos de retraso mental, de etiología genética o de otro tipo y que perduran a lo largo de la vida". ESBEC RODRÍGUEZ las define como: "Defecto o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas (retraso mental, trastornos del desarrollo, trastornos de personalidad)". Para BLANCO LOZANO constituye "Una disfunción patológica que afecta a la mente del sujeto. Se caracteriza, frente a la simple alteración psíquica, en el carácter patológico de la disfunción, esto es, en su consideración como enfermedad desde el punto de vista médico-psiquiátrico". LUZÓN

---

es que en relación al estudio de la culpabilidad del sujeto, ésta vendrá determinada necesariamente por la conjunción de dos coordenadas: la existencia de una anomalía o déficit afectante a sus facultades intelectivo-volitivas (elemento médico determinado por pericial) y el elemento jurídico a determinar por el Tribunal, relativo a la incidencia de esa situación en el hecho enjuiciado…".

[41] Véase ROMERO SIRVENT, C. y GÓMEZ PAVÓN, P.: *Enajenación mental y trastorno mental transitorio (evolución legal y análisis jurisprudencial)*, La Ley (1985-1º), p. 982.

[42] CGPJ: *Crónica de la jurisprudencia del Tribunal Supremo: 2012-2013, Sala Segunda.*

[43] MAZA MARTÍN, J.M.: "La anomalía y alteración psíquica en la interpretación jurisprudencia" en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. El Fiscal y la jurisdicción civil, Penología. Psiquiatría forense, vol. III*, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid 1999, p. 547. Véase al respecto: CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Tratado de Psiquiatría legal y forense, 4ª ed*, La Ley, Madrid 2010, p. 299.

PEÑA establece que "anomalía o alteración psíquica pueden entenderse como conceptos más o menos sinónimos o similares, pues en ambos casos se trata de perturbaciones psíquicas y no se dice que una sea permanente y la otra transitoria, aunque también se puede interpretar que la anomalía es anomalía psíquica permanente y la alteración, pasajera o transitoria, equivalente al trastorno mental transitorio"[44].

Por otro lado, ***alteración psíquica*** es considerada por CARRASCO GÓMEZ como: "Actividad anormal, presencia o aparición de síntomas, de fenómenos psicopatológicos o conductas anómalas, bien aisladamente o formando parte, con otro síntomas, de algún trastorno definido". Para ESBEC RODRÍGUEZ es: "Un trastorno mental de nueva aparición, en una mente previamente sana y bien desarrollada". BLANCO LOZANO indica que "Consiste en una disfunción mental que no tiene origen patológico, no subyace una verdadera enfermedad mental desde un punto de vista médico-psiquiátrico, sino que son unos determinados estímulos externos, de excepcional intensidad y efectos los que producen sobre la psique de un sujeto teóricamente sano un grave desequilibrio, el cual remite una vez cesados los estímulos desencadenantes". MARTÍNEZ PEREDA la define como: "perturbación o trastorno del psiquismo"[45].

Al respecto, haremos alusión a la diferencia que establece LUZÓN CUESTA cuando afirma: "Junto a la anomalía psíquica, que puede identificarse con la referencia al *enajenado* del Código anterior, se incluye la alteración psíquica, equivalente a la situación de trastorno mental transitorio o intervalo de inimputabilidad en el normalmente constituido o no aquejado de anomalía psíquica permanente"[46]. Sin embargo, CUELLO CONTRERAS y MAPELLI CAFFARENA establecen que los términos de anomalía y alteración son sinónimos, con los que se quiere indicar que la enfermedad mental no equivale a la antigua figura del loco o alienado en la moderna psiquiatría, sino que abarca a la persona con problemas en los más diversos aspectos de su vida psíquica (inteligencia, memoria, consciencia, estado de ánimo, voluntad, percepción, sentimientos, control de los impulsos, etc) de muy diversa graduación, de forma permanente o pasajera, en que cualquier individuo puede caer[47].

A modo de resumen, podemos decir que la *anomalía* es una disfunción patológica que afecta a la mente del sujeto, al psiquismo y por el contrario, *alteración psíquica* es una disfunción de nueva aparición que surge en una mente originariamente sana y que por regla general está provocado por estímulos externos y desencadenantes. Resulta cierto que ambos conceptos

---

[44] CARRASCO GÓMEZ, J.J.: "La delimitación de los conceptos de anomalía y alteración psíquicas" en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. el Fiscal y la jurisprudencia civil. Penología. Psiquiatría forense, vol. III*, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid 1999, pp. 575 y ss. ESBEC RODRÍGUEZ, E.: "El psicólogo forense en el proceso penal" en *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*, Edisofer, Madrid 2000, pp. 111 y ss. BLANCO LOZANO, C.: *La eximente de anomalía o alteración psíquica*, Dykinson, Madrid 2000, pp. 92 y 93; LUZÓN PEÑA, D.M.: *Lecciones de Derecho Penal…cit*, p. 521.

[45] CARRASCO GÓMEZ, J.J.. "La delimitación de los conceptos de anomalía y alteración psíquicas …" cit, p. 578; ESBEC RODRÍGUEZ, E.: "El psicólogo …" cit, p. 116; BLANCO LOZANO, C.: "La eximente…" cit, p.95; MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: *La imputabilidad*…cit, p. 1611.

[46] LUZÓN CUESTA, J.Mª.: *Compendio de Derecho Penal, Parte General*, *23ª ed.,* Dykinson, Madrid 2016, pp. 120-121.

[47] CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de Derecho Penal, parte general, 2ª ed …cit*; p. 114.

se utilizan indistintamente para unas y otras patologías, vengan del nacimiento o de estímulos o vivencias externas y sobrevenidas, muy posiblemente, como indica FONSECA MORALES, porque los propios manuales de diagnóstico no diferencian entre una y otra, englobándolas todas bajo el término *trastorno*[48]. Nos parece interesante hacer mención al respecto de la *SAP de Madrid, de 7 de julio de 2014 (EDJ 2014/165762)* que establece literalmente lo siguiente en el Fundamento de Derecho tercero: "Desde el punto de vista de la Psiquiatría Forense se trataría de variaciones anómalas del modo de ser, rasgos y disposiciones anormales de la personalidad que no cumplen criterios diagnósticos suficientes para ser considerados como trastornos de la personalidad, serían *variaciones de lo normal*, que básicamente están sustentadas sobre lo constitucional (en tanto que genético) y lo congénito sin que se pueda obviar la influencia de lo adquirido" (SCHNEIDER), en tanto que las alteraciones serían *la actividad anormal, presencia o aparición de síntomas, de algún trastorno definido* (CARRASCO GOMEZ). Para la jurisprudencia dentro del concepto de anomalía psíquica se comprenden los "trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y frecuentemente perturbaciones de la pseudopercepción". El elemento psicológico es imprescindible en los supuestos de anomalías o alteraciones psíquicas, precisándose que "la mera presencia de una anomalía o alteración psíquica puede ser irrelevante para la determinación de la imputabilidad de quien la padece y en consecuencia, es su responsabilidad penal y que se requiere además que el autor de la infracción penal, a causa de la alteración que sufre, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, la anomalía o alteración debe interponerse entre el sujeto y la norma que establece la ilicitud del hecho, de forma que no pueda ser motivado por aquélla o que, pudiendo percibir el mandato o la prohibición contenidos en la norma, carezca ésta de fuerza motivadora para el sujeto porque el mismo se encuentra determinado en su actuación por causas vinculadas a su alteración psíquica que anulen la motivación normativa… Así pues y siguiendo a la doctrina (AL- FAWAL PORTAL) del examen de la jurisprudencia cabe extraer las siguientes consecuencias: 1ª) no se entiende suficiente con el diagnóstico de la enfermedad, resulta indispensable la prueba efectiva de la afectación de las facultades mentales para cada caso concreto, en este sentido se ha dicho que "la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer la relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo" (RODRIGUEZ RAMOS), 2ª) la capacidad de comprensión de la ilicitud y de comportarse de acuerdo con ella carece de respuesta desde un punto de vista empírico o médico, razón por la cual solo cabría una respuesta normativa, y 3ª) tal respuesta corresponde efectuarla al Tribunal, teniendo en exclusiva éste atribuida la decisión sobre la imputabilidad por tratarse de conceptos de carácter eminentemente jurídico"[49].

Anomalías y alteraciones psíquicas con relevancia penal

Hemos querido definir, aunque brevemente y sin pretender ser exhaustivos, los supuestos más frecuentes de anomalías y alteraciones psíquicas que tienen relevancia penal según la

[48] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica…*cit, p. 44.

[49] Esta sentencia hace referencia a otras del Alto Tribunal: STS 27 de abril de 2000 - *EDJ 2000/9207;* STS 2 de julio de 2009 - *EDJ 2009/165973;* STS 9 de junio de 2003 - *EDJ 2003/35185;* STS 2 de julio de 2007 - *EDJ 2007/152420.*

Psiquiatría tradicional[50], puesto que en el apartado jurisprudencial se nombrarán en numerosas ocasiones. Son las siguientes[51]:

- Psicosis
- Retraso mental (oligofrenia)
- Psicopatía (trastorno antisocial de la personalidad)
- Neurosis

Analicémoslo de forma más detallada según nos refiere la doctrina.

a. Psicosis (del griego, *psykhé*: alma y *osis*: estado morboso):

Enfermedad mental grave de origen orgánico o funcional, caracterizada por la pérdida de contacto con la realidad, y a menudo por conducta regresiva, delirios o alucinaciones[52].

Una distinción que se hacía clásicamente era la diferenciación entre psicosis endógenas (ocasionadas por el propio organismo) o exógenas (vienen dadas por un factor externo que afec-

[50] Ya en la Psiquiatría moderna se discute esas clasificaciones o incluso se les abandona en buena parte, sustituyéndolas por un complejo catálogo de enfermedades psíquicas y variantes, siendo dominante la clasificación actual que recoge el DSM-5 (A.P.A.), más reciente, o también la CIE-10 (O.M.S.), cuya edición 11ª está a punto de ver la luz.

[51] Véanse las clasificaciones establecidas por los siguientes autores: OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal, Parte General*...cit, pp. 140-142; COBO DEL ROSAL, M. (Direct), PERIS RIERA, J., QUINTANAR DÍEZ, M., SÁNCHEZ DOMINGO, B.: *Sinopsis de Derecho Penal*…cit, pp. 145 a 147; BUSTOS RAMÍREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal*...cit, pp. 351 a 353; LUZÓN CUESTA, J.Mª.: *Compendio de Derecho Penal, Parte General*…cit., pp. 119 a 120; DEMETRIO CRESPO, E.: *Lecciones y materiales para el estudio del Derecho Penal, Tomo II*. Teoría del delito, Iustel, Madrid 2011, pp. 317 a 320; MACHADO RÚIZ, Mª.D. y MAQUEDA ABREU, Mª L.: *Derecho Penal, Parte General, 2ª edición revisada*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, pp. 632 a 641; FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*...cit, pp. 88 a 283; MIR PUIG, S.: *Derecho Penal…,* cit; pp. 587 a 595; CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de Derecho Penal, parte general, 2ª ed …cit*; pp. 114-116; QUINTANAR DÍEZ, M. (Director) y ORTIZ NAVARRO, J.F.: *Elementos de Derecho Penal, parte general…cit;* pp. 105-107; ZUGALDÍA ESPINAR, J.M., MORENO-TORRES HERRERA, Mª.R., PÉREZ ALONSO, E.J., MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E., RAMOS TAPIA, Mª. I.: *Fundamentos de Derecho Penal. Parte General,* 4ª ed, Tirant lo Blanch, Valencia 2010, pp. 350-353; SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C. (Coordinador), JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal. Tomo I. Parte General…cit*; pp. 184-186; RODRÍGUEZ RAMOS, L. (con la colaboración de RODRÍGUEZ-RAMOS LADARIA, G.): Compendio de Derecho Penal. Parte General, 2ª ed; Dykinson, Madrid 2010; pp. 162 y 163; GIL GIL, A., LACRUZ LÓPEZ, J.M., MELENDO PARDOS, M., NÚÑEZ FERNÁNDEZ, J.: *Curso de Derecho Penal español…cit*; pp. 570-576.

[52] MELLONI, B.J., DOX, I., EISNER, G.M.: *Diccionario médico ilustrado de Melloni*, Medical 1982; p. 474.

ta al funcionamiento cerebral normal). Si bien conviene indicar que en la actualidad el término psicosis está en desuso, habiéndose sustituido por una terminología más concreta, que es la utilizada actualmente por los manuales de diagnóstico, como se detalla más adelante.

Entre las psicosis endógenas encontramos:

- Esquizofrenia (del griego, *esquizos*: escisión y *phren* inteligencia):

Literalmente y según la CIE-10, supone una escisión o disgregación de la vida psíquica con graves trastornos en la asociación del pensamiento, de la afectividad, del contacto del yo con la realidad y consigo mismo y de la percepción sensorial. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse, además, otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.[53]

Indican GISBERT CALABUIG y SÁNCHEZ BLANQUE que según predominen unos u otros rasgos, podemos encontrar hasta cuatro formas clínicas de la enfermedad[54]: *esquizofrenia catatónica*, en la que dominan los signos psicomotrices; *esquizofrenia desorganizada*, en la que domina el embotamiento afectivo; *esquizofrenia indiferenciada*, en la que no predomina ningún rasgo clínico en particular y la *esquizofrenia paranoide*, en la que dominan las alucinaciones y las ideas delirantes y que da lugar a la aparición de graves trastornos de conducta potencialmente peligrosos. En el transcurso de la enfermedad pueden alterarse periodos de absoluta normalidad con periodos de agudización del trastorno donde las manifestaciones de la enfermedad se hacen particularmente evidentes y graves; son los llamados brotes esquizofrénicos. La incidencia de los mismos puede ir desde ocasional hasta muy frecuente[55].

La Jurisprudencia normalmente distingue por un lado, hechos producidos bajo un brote esquizofrénico, donde aplica la eximente completa del art. 20.1 CP, debido a la gravedad de las

---

[53] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades – trastornos mentales y del comportamiento*, Meditor, Madrid 2004; P. 62.

[54] La CIE-10 recoge los tipos de esquizofrenia en la siguiente clasificación: paranoide (F.20.0), hebefrénica -desorganizada- (F.201.), catatónica (F.20.2) e indiferenciada (F.20.3), pp. 64-68. El DSM-5 habla de esquizofrenia (295.90), debiendo especificar los síntomas concretos (catatonía, gravedad de los delirios, alucinaciones, habla desorganizada, etc), p.15.

[55] GISBERT CALABUIG, J.A. y SÁNCHEZ BLANQUE, A.: *Medicina legal y Toxicología*, 4ªed, Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1994, p. 894; VALLEJO NÁGERA: *Introducción a la Psiquiatría*, CFA Editorial científico-médica, 15ª ed, 1981, p. 235; CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: Psiquiatría y Derecho, Arán Ediciones, 1990, pp. 31 y ss; GISBERT GRIFO, M.S., VERDÚ PASCUAL, F.A., VICENT GARCÍA, R.: *Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*, Masson Salvat, Barcelona 1995, pp. 82 y 83.

alteraciones que sufre en su capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a esa comprensión; por otro, si el sujeto no obró bajo dicho brote, pero las concretas circunstancias del hecho nos revelan un comportamiento anómalo que puede atribuirse a dicha enfermedad, se suele aplicar una eximente incompleta del art. 21.1 CP y por último, si no hubo brote ni tampoco comportamiento anómalo sino una acción motivada por el residuo patológico (defecto esquizofrénico), se aplica en la mayoría de los casos, la atenuante analógica del art. 21.7 CP[56].

- Paranoia (del griego, *para*: fuera y *nous*: mente):

Según la CIE-10, Se trata de un grupo de trastornos, caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de tipo de persecución, hipocondriaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despide mal olor o que se es homosexual. Incluye: parafrenia (tardía), paranoia, estado paranoide, psicosis paranoide sin especificación y delirio sensitivo de referencia[57].

Señala el Psiquiatra GONZÁLEZ DURO en su obra *La Paranoia*: "Los paranoicos, esos personajes algo raros y hasta pintorescos que pululan por la sociedad, relativamente adaptados y aceptados mientras no ocasionen problemas a los demás, se caracterizan por su desconfianza sistemática, su resentimiento y su cautela excesiva frente a un mundo que perciben como hostil. Sin embargo argumentan coherentemente y se explican con una lógica implacable"[58].

La Jurisprudencia aplica por regla general, la eximente completa en los casos de brotes agudos de la enfermedad, cuyos efectos pueden compararse a los de la esquizofrenia[59], cuando

---

[56] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica…*cit, pp. 156-183; y véanse: STS de 6 de mayo de 1991 (RJ 1991/3538), de 16 de junio de 1992, de 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992/10224), de 23 de mayo de 1995 (RJ 1995/3911), 16 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/184852), de 23 de enero de 2004 (EDJ 2004/8218), de 27 de enero de 2004 (EDJ 2004/3943), de 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005/7200) y STSJ de Andalucía (Granada), de 18 de octubre de 2004 (EDJ 2004/262849), SAP de Guipúzcoa, de 18 de julio de 2012 (EDJ 2012/152569); SAP de Almería, de 30 de diciembre de 2013 (EDJ 2013/317537); SAP de Madrid, de 27 de mayo de 2013 (EDJ 2013/104159); SAP de La Rioja, de 20 de mayo de 2013 (EDJ 2013/109167).

[57] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* pp. 72-73; ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) 5ª ed, Ed. Arlington, VA, Panamericana Editorial Médica, Madrid 2014, p. 15.

[58] GONZÁLEZ DURO, E.: *La paranoia - delirios persecutorios, de grandeza y otras locuras de los cuerdos* – Temas de hoy, Colecciones fin de siglo, Madrid 1991.

[59] STS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982/5663), de 16 de diciembre de 1988 (EDJ 1988/9897), de 12 de marzo de 1996 (RJ 1996/1945), de 8 de abril de 1999 (RJ 1999/2257), de 18 de octubre de 2002 (RJ 2002/9128), de 11 de octubre de 2005 (RJ 2005/7511), STSJ de Cataluña, de 14 de noviembre de 2000 (EDJ 2000/43334), STSJ de Galicia, de 24 de diciembre de 2001 (EDJ 2001/82409), SAP Barcelona, de

demostrada la existencia de un trastorno delirante y su relación con los hechos realizados, se produce una notable incidencia en la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a esa comprensión. En los casos donde la afectación no sea tan grave, se suele aplicar la eximente incompleta[60]. También se ha apreciado la atenuante analógica del art. 21.7 CP en aquellos casos en los que la disminución de la conciencia de la ilicitud o de la capacidad de autodeterminación ha sido leve o el hecho es consecuencia del residuo patológico llamado defecto esquizofrénico[61]. No apreciándose causa de atenuación alguna si el hecho no es atribuible a la patología o a lo que de ella quedare.

Es importante destacar la diferencia entre *paranoia* y *personalidad paranoide*. El Tribunal Supremo ya se encargó en su *sentencia de 4 de julio de 2001* de señalar que: "un trastorno paranoide de la personalidad equivale a lo que en la terminología anterior se denominaba psicopatía paranoide, que no debe confundirse con la paranoia propiamente dicha, o psicosis paranoica, que constituye una verdadera enajenación en el sujeto, apta para excluir la responsabilidad criminal cuando el hecho delictivo se encuentra dentro del ámbito al que esa paranoia se refiere".

Entre las psicosis exógenas encontramos:

Son producidas por factores externos que afectan al funcionamiento normal del cerebro, normalmente son producidas por intoxicaciones alcohólicas u otras drogas.

- Trastorno psicótico inducido por sustancias (Toxifrenia):

Establece la CIE-10 que se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses[62].

---

22 de diciembre de 2000 (JUR 2001/164616), SAP Granada de 18 de septiembre de 2001 (ARP 2001/728), SAP Ciudad Real, de 9 de marzo de 2001 (ARP 2001/169993), SAP Castellón de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000/2359), SAP León de 20 de marzo de 2006 (ARP 2006/167830).

[60] STS de 27 de enero de 1978 (RJ 1978/106), de 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989/8536), de 19 de abril de 1997 (EDJ 1997/3067), de 27 de mayo de 2003 (RJ 2003/4278), de 10 de diciembre de 2009 (EDJ 2009/315059), de 8 de octubre de 2009 (EDJ 2009/218076); SAP Madrid de 26 julio de 2004 (JUR 2004/240441), SAP Barcelona de 4 de julio de 2005 (JUR 2005/222917), SAP Madrid de 10 de enero de 2006 (JUR 2006/194846).

[61] STS de 8 de febrero de 1990 (EDJ 1990/1231), de 8 de marzo de 2001 (RJ 2001/1347), de 3 de diciembre de 2002 (RJ 2002/174), de 21 de noviembre de 2005 (RJ 2006/181), de 17 de febrero de 2009 (EDJ 2009/32159); SAP Bizkaia de 19 de diciembre de 2001 (JUR 2002/217432), SAP Madrid de 22 de mayo de 2000 (ARP 2000/2163), SAP Baleares de 17 de abril de 2000 (ARP 2000/1737).

[62] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* pp. 56-57.

El alcoholismo crónico constituye una enfermedad física y psíquica prolongada que puede llegar a provocar una toxifrenia[63], debido al hábito reiterado y continuado a lo largo del tiempo de consumir alcohol. Su diagnóstico no supone ya de por sí una repercusión en la responsabilidad criminal del sujeto que la padece, pues el simple alcoholismo crónico y controlado no causa alteración alguna de la capacidad de obrar y discernir, pero dado que pueden aparecer complicaciones patológicas del psiquismo, es posible la disminución o incluso, la anulación de la imputabilidad[64].

La Jurisprudencia distinguía con el anterior Código Penal entre los trastornos provocados por el alcohol y los inducidos por otras drogas. En relación al alcoholismo crónico, se aplicaba una eximente completa en los supuestos en que éste provocaba la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a ésta **[65]**. Se apreciaba la eximente incompleta cuando el alcoholismo propiciaba una grave perturbación de las facultades mentales que disminuyen de forma notable su inteligencia y voluntad[66]. Por último, la atenuante analógica, en los supuestos en que la influencia del alcoholismo era leve o poco acusada[67].

En cuanto a los trastornos provocados por otras sustancias, el TS aplicaba la eximente completa cuando la influencia de las drogas en la inteligencia y voluntad del sujeto era total y absoluta (síndrome de abstinencia y adicción)[68]. La eximente incompleta cuando la influencia se constataba en una profunda perturbación de las facultades mentales[69] y la atenuante analógica

[63] STS de 27 de abril de 1990 (RJ 1990/3351): "El alcoholismo crónico es, evidentemente, una toxifrenia que una vez instaurada en el individuo que la padece produce una serie de síntomas somáticos y psíquicos permanentes que se ponen de manifiesto sin necesidad de beber grandes cantidades de alcohol…"

[64] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*…cit, pp. 112-156. Véase STS de 27 de abril de 2000 (EDJ 2000/9207), de 22 de mayo de 2001 (RJ 2001/5662) y de 21 de febrero de 2005 (RJ 2005/4387).

[65] STS de 14 de abril de 1992 (RJ 1992/3055), de 8 de abril de 1992 (RJ 1992/3129), SAP Palencia de 26 de febrero de 1998 (ARP 1998/1363), SAP Castellón de 21 de diciembre de 1998 (ARP 1998/4575), SAP Santa Cruz de Tenerife de 5 de abril de 1999 (ARP 1999/1454), SAP Madrid de 17 de junio de 1999 (ARP 1999/2804), SAP Madrid de 19 de mayo de 1999 (ARP 1999/3581), SAP Ciudad Real de 25 de noviembre de 2002 (JUR 2003/100974).

[66] STS de 19 de mayo de 1981 (RJ 1981/2236), de 28 de marzo de 1988 (RJ 1988/2114), de 7 de junio de 1997 (RJ 1997/4869), de 25 de noviembre de 1998 (EDJ 1998/33188), de 27 de abril de 2000 (EDJ 2000/9207), de 22 de septiembre de 2001 (RJ 2001/7861), de 16 de mayo de 2002 (EDJ 2002/16853), de 29 de marzo de 2004 (RJ 2004/3423), SAP Asturias de 11 de diciembre de 2002 (ARP 2003/107087), SAP Madrid de 18 de septiembre de 2002 (JUR 2002/281557).

[67] STS de 29 de octubre de 1993 (RJ 1993/7988), de 22 de noviembre de 1995 (RJ 1995/8207), de 13 de febrero de 1998 (RJ 1998/1048), de 17 de septiembre de 2004 (RJ 2004/5777), de 6 de mayo de 2005 (RJ 2005/5694), de 19 de octubre de 2005 (EDJ 2005/180378), SAP Barcelona de 25 de julio de 1995 (ARP 1995/1023), SAP Girona de 22 de abril de 1997 (ARP 1997/445).

[68] STS de 14 de febrero de 1987 (RJ 1987/1253), de 17 de octubre de 1988 (RJ 1988/8328) y de 6 de abril de 1990 (RJ 1990/3199).

[69] STS de 26 de enero de 1985 (RJ 1985/361), de 10 de abril de 1986 (1986/1954), de 23 de marzo de 1988 (RJ 1988/2079), de 4 de julio de 1990 (RJ 1990/6214), de 16 de enero de 1991 (RJ 1991/124), de 11 de junio de 1992 (RJ 1992/5053), de 31 de octubre de 1992 (RJ 1992/8630), de 27 de enero de 1993 (RJ 1993/198), de 21 de mayo de 1993 (RJ 1993/4245) y de 20 de julio de 1994 (RJ 1994/6615).

cuando las capacidades del sujeto se veían sólo levemente afectadas[70] o simplemente, existía una drogodependecia[71].

En palabras del Tribunal Supremo: "Con arreglo al CP/1995, dados los términos del art. 20.2, la eximente incompleta de toxifrenia exigirá la concurrencia de una intoxicación no plena, pero intensa, por drogas, o un síndrome de abstinencia a las mismas, que determine una importante disminución de la capacidad de comprensión de la ilicitud y de los frenos inhibitorios del sujeto del delito[72].

Con la entrada en vigor del actual Código Penal, la modificación de la responsabilidad criminal, ya sea por anulación ya sea por atenuación, con respecto a la intoxicación plena por consumo de alcohol u otras sustancias, se incluye en los apartados 20.2, 21.2 con respecto al 20.2 y 21.7 en relación al 20.2[73].

b. Retraso mental. (Antigua oligofrenia. Del griego, *oligos*: poco y *phren*: inteligencia)

Establece la CIE-10 que el retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general[74].

[70] STS de 11 de febrero de 1980 (RJ 1980/466), de 23 de abril de 1982 (RJ 1982/2118), de 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982/7858), de 5 de diciembre de 1986 (RJ 1986/7788), de 17 de diciembre de 1986 (RJ 1986/7940), de 14 de octubre de 1987 (RJ 1987/7369), de 5 de marzo de 1991 (RJ 1991/1911).

[71] STS de 21 de enero de 1983 (RJ 1983/40), de 26 de febrero de 1983 (RJ 1983/1733), de 15 de enero de 1986 (RJ 1986/131), de 26 de octubre de 1987 (RJ 1987/7599), de 12 de diciembre de 1989 (EDJ 1989/11121), de 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990/9369), de 20 de junio de 1991 (EDJ 1991/6605), de 20 de octubre de 1992 (RJ 1992/8408), de 19 de febrero de 1993 (RJ 1993/1375) y de 30 de mayo de 1994 (RJ 1994/4065); SAP de Valladolid, de 27 de septiembre de 2010 (EDJ 2010/217812).

[72] MAZA MARTÍN, J.M.: *Circunstancias que excluyen o modifican la responsabilidad criminal*, Códigos Magister La Ley, Madrid 2007, p. 299.

[73] CASTELLÓ NICAS, N.: "Causas de inimputabilidad. Drogadicción" en *Cuadernos de Derecho Judicial. Actual doctrina de la imputabilidad penal*, CGPJ, Madrid 2007, pp. 413 y ss. Véase STS de 17 de diciembre de 1997: "Al incluir el actual Código Penal expresamente en los artículos 20 y 21 la toxicomanía, su tratamiento jurídico debe adaptarse a la nueva regulación…"

[74] GISBERT GRIFO, M.S., VERDÚ PASCUAL, F.A., VICENT GARCÍA, R.: *Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*…cit, pp. 177 y 178. Véase STS de 11 de mayo de 1992: "Según las más modernas tendencias científicas, la oligofrenia puede dividirse en tres grupos o estratos, según la mayor o menor intensidad del padecimiento. La inclusión en un específico grupo viene determinada por el cociente intelectual que arroje el reconocimiento del afectado…"

Desde el punto de vista de la criminalidad, asegura GARCÍA ANDRADE: "La delincuencia de los oligrofrénicos es realmente importante, siendo sin duda, junto con los psicópatas, los dos grupos que con mayor frecuencia, entran en conflicto con el Código Penal"[75].

El Tribunal Supremo ha considerado el retraso una enfermedad mental que permite una diversidad de grados, que le ha servido para establecer las consecuencias jurídicas en materia de imputabilidad, pues dependiendo del coeficiente intelectual, ha estimado la aplicación de eximente completa, incompleta, atenuante analógica o incluso, plena imputabilidad. Pero en este campo no se han establecido nunca reglas estrictas, sino que ha dependido del sujeto, de las circunstancias del caso e incluso, del tipo de delito[76]. Tanto la doctrina como la jurisprudencia admitieron su inclusión en la enajenación mental del antiguo art. 8.1 CP y actualmente, aun cuando se ha defendido que no podían considerarse ni un anomalía ni una alteración mental en sentido estricto, han sido aceptadas como parte integrante de la eximente del art. 20.1 CP[77].

Se distingue:

- Retraso mental leve:

El cociente intelectual está entre 50 y 69. Los individuos afectos de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura.

En general las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal, que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave[78].

La Jurisprudencia ha considerado en la mayoría de sus resoluciones la plena imputabilidad para estos casos, aunque se tiende a considerar la posibilidad de cierta disminución en la capacidad del sujeto, siendo de aplicación la atenuante analógica. Y en algunos casos, una eximente incompleta, si va asociado a otras patologías o al consumo de alcohol o drogas. Se exige en cualquier caso, la constatación del nexo causal entre el estado mental del sujeto y el hecho[79].

---

[75] GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal y forense*, 2ª ed, Centro de estudios Ramón Areces, 2002, pp. 251 y ss; LUÍS-ROMÁN PUERTA, L.: "Anomalías y alteraciones psíquicas" en *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, CGPJ, Madrid 2007, p. 65.

[76] Hay delitos en los que el conocimiento es inaccesible para los retrasados.

[77] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica…*cit, pp. 88 a 102.

[78] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* pp. 186-187.

[79] STS de 15 de abril de 1991 (EDJ 1991/3817), de 11 de mayo de 1992 (RJ 1992/3774), de 15 de julio de 1992 (RJ 1992/7362), de 28 de noviembre de 1997 (RJ 1997/8325), de 1 de julio de 1998 (RJ 1998/7562), de 17 de enero de 2000 (RJ 2000/717), de 5 de noviembre de 2001 (RJ 2001/9692), de 8 de

- Retraso mental moderado (anteriormente, debilidad mental):

El cociente intelectual está entre 35 y 49. Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en este área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples[80].

La Jurisprudencia aplica por regla general, una eximente incompleta, porque existe limitación para conocer la ilicitud del hecho y para determinarse conforme a dicha comprensión[81].

- Retraso mental grave (anteriormente, imbecilidad):

El cociente intelectual está entre 20 y 43. Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de niveles más bajos que los mencionados anteriormente. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica[82].

La Jurisprudencia aplica en gran medida, una eximente completa, al ser incapaz el sujeto de comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a esa comprensión[83].

- Retraso mental profundo (anteriormente, idiocia):

El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de for-

---

marzo de 2002 (RJ 2002/3494), de 21 de abril de 2003 (RJ 2003/4667), de 15 de enero de 2004 (RJ 2004/2134), de 4 de octubre de 2007 (EDJ 2007/184796), ATS de 4 de octubre de 2007 (EDJ 2007/184814), ATS de 4 de octubre de 2007 (EDJ 2007/191050) y STSJ Andalucía (Granada), de 26 de octubre de 2001 (JUR 2002/47537).

[80] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* p. 187.

[81] STS de 16 de julio de 1985 (RJ 1985/4111), de 27 de septiembre de 1991 (EDJ 1991/9057), de 20 de abril de 1994 (RJ 1994/3350), de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001/277), de 13 de octubre de 2004 (RJ 2004/6261). Véase: STS de 28 de febrero de 2007 (EDJ 2007/15799), en la que no se atenúa la pena, aún constatándose un retraso mental moderado.

[82] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* p. 188.

[83] SAP de Barcelona, de 5 de febrero de 1996 (ARP 1996/108).

mas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes[84].

La Jurisprudencia aplica por regla general, una eximente completa, por las mismas razones que en el caso anterior[85].

c. Psicopatía o trastorno antisocial de la personalidad (del griego, *psique*: mente y *pathos*: dolencia):

La psicopatía no es una enfermedad mental como tal sino un trastorno de la personalidad. Su anormalidad se caracteriza por un desequilibrio cuantitativo entre los distintos componentes de la personalidad (instintos, sentimientos, inteligencia, voluntad, etc) lo que le lleva a reaccionar de forma desproporcionada ante ciertos estímulos y prácticamente siempre en beneficio propio o en búsqueda de su recompensa personal por inaceptable que bajo el punto de vista social esa recompensa pueda llegar a ser. Según GRADILLAS REGODÓN, "son los individuos que presentan serios trastornos de conducta, sin que se les encuentre ningún trastorno mental importante"[86].

Los manuales internacionales de diagnóstico la recogen como un trastorno de personalidad. En el caso de la CIE-10 como un trastorno disocial de la personalidad[87] y en el caso del DSM-5 como trastorno de personalidad grupo B (personalidad antisocial)[88].

El psicópata actúa, siendo perfectamente conocedor de lo que está haciendo, y sin tener ningún tipo de remordimiento posterior. Es mentiroso y manipulador, pero generalmente posee una capacidad de habilidad social notable que le permite acercarse a *su presa* sin levantar sospechas. Los psicópatas pueden cometer cualquier tipo de delito: falsifican, amenazan, estafan, agreden, roban, chantajean, violan, matan, etc. Se afirma que dada la naturaleza propia de su personalidad, son responsables de una cantidad desproporcionada de crímenes, actos violentos y conductas que causan ansiedad y un profundo malestar social, lo que ha llevado a afirmar a algunos autores que con respecto a la persistencia, frecuencia y gravedad de los hechos cometidos, los psicópatas varones constituyen los sujetos más violentos de los que se tiene noticia[89].

El psicólogo canadiense ROBERT HARE señala que "los psicópatas parecen sufrir una especie de pobreza emocional que limita el rango y la profundidad de sus sentimientos. Suelen

---

[84] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* p. 188.
[85] STS de 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994/10147), SAP de La Rioja de 7 de febrero de 1997 (ARP 1997/216), SAP de Asturias de 31 de mayo de 1999 (ARP 1999/1908), SAP de Zaragoza de 24 de abril de 2001 (JUR 2001/181706), SAP de Almería de 22 de octubre de 2001 (JUR 2001/331722).
[86] GRADILLAS REGODÓN, V.: "Las personalidades psicopáticas" en *Introducción a la Psiquiatría de Vallejo Nágera*, Editorial Científico médica, 15ª ed, Barcelona 1981, p. 187.
[87] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades…cit;* p. 167.
[88] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)…cit*., p. 25.
[89] JIMÉNEZ DÍAZ, Mª J. y FONSECA MORALES, G.: *Los trastornos de la personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial*, 2ª ed, CESEJ Ediciones, Madrid 2007, pp. 19 y 20.

aparecer como seres fríos y sin emociones, pero hay ocasiones en que muestran sentimientos, aunque apagados"[90]. Pero también es posible que simulen el sentir esas emociones si de ello pueden derivar algún beneficio personal o satisfacer sus intereses. Años atrás el HARE estableció un protocolo para reconocer a un individuo psicópata, esto es, la Psychopathy Checklist, que incluye veinte criterios que los especialistas deben evaluar para determinar las condiciones del sujeto. Se elaboró a través de entrevistas con criminales presos y por la revisión de numerosos expedientes penitenciarios[91]. SCHNEIDER definió la personalidad psicopática como "aquellas personalidades que sufren por su anormalidad y hacen sufrir a la sociedad"[92]. Algo en lo que no coincidimos, dado que ese sufrimiento es sólo aparente porque es simplemente lo que se espera que sientan y así lo manifiestan.

Establecen COBO DEL ROSAL y QUINTANAR DÍEZ que "desde el punto de vista de la culpabilidad, la anormalidad del psicópata puede determinar a lo sumo una atenuación de la pena, lo que contrasta, desde el punto de vista de la prevención con la especial temibilidad de determinadas personalidades psicopáticas que requerirían de enérgicas medidas de aseguramiento. Conciliar las exigencias del principio de culpabilidad y las exigencias de la prevención resultará muy difícil en todos estos supuestos"[93].

En cuanto a la postura jurisprudencial y atendiendo al extenso y riguroso estudio realizado por JIMÉNEZ DÍAZ y FONSECA MORALES, podemos señalar las siguientes conclusiones[94]:

Hasta el año 1988, el Tribunal Supremo era categórico cuando afirmaba sin reservas: "los psicópatas no son enfermos mentales" y la regla general era la plena imputabilidad *(STS 1145/1979, de 15 de marzo (RJ 1979/1145); STS 140/1980, de 25 de enero (RJ 1980/140); STS 4116/1980, de 25 de noviembre (EDJ 1980/1286), entre otras)*, admitiendo únicamente que pudiera servir de base a la atenuante analógica, siempre que se cumpliera un doble requisito: psicopatía grave y realización del delito bajo su influencia *(STS 168/1979, de 24 de enero (EDJ 1979/1093); STS 1145/1979, de 15 de marzo (EDJ 1979/1309); STS 1910/1980, de 12 de mayo (RJ 1980/1910), entre otras).*

A partir de 1988, se produjo un cambio de la orientación jurisprudencial, admitiendo que las psicopatías constituyen una enfermedad mental, consecuencia obligada de su entrada en la nosología internacional tras su inclusión entre los trastornos mentales en la CIE 9 y el DSM-III (STS 1341/1988, de 29 de febrero - EDJ 1988/1636), sin embargo, en sentencias posteriores del Alto Tribunal se volvió a negar el carácter de enfermedad mental *(STS 1586/1988, de 7 de*

---

[90] HARE, R.: *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*, 6ª impr., Paidós psicología hoy, Barcelona, 2014, p. 77.
[91] HARE, R.. *The psychopathy checklist-revised* (publicación de Multi-Health Systema y está a la venta sólo para profesionales cualificados), 1991.
[92] SCHNEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas* (Versión española del Dr. Bartolomé Llopis) Ediciones Morata, Madrid 1971.
[93] COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: I*nstituciones de Derecho Penal español*...cit, pp. 178 y 179.
[94] JIMÉNEZ DÍAZ, Mª.J. y FONSECA MORALES, G.: *Los trastornos de la personalidad (psicopatías)…cit*, pp.. 67-82; FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*…cit, pp. 260-283.

marzo; STS 1622/1988, de 11 de marzo y STS 7022/2001, de 28 de junio (RJ 2001/7022)), aplicándoles en este caso, la atenuante analógica.

Tan solo ha aplicado el Tribunal Supremo la eximente incompleta en los casos en que se haya probado una psicopatía especialmente grave[95] o padeciera otra anomalía añadida: lesión cerebral, demencia, oligofrenia, alcoholismo crónico o personalidad paranoide[96]. Por lo que se refiere a la eximente completa, no existe obstáculo legal alguno para apreciarla, pero no es probable que ocurra, de hecho, no existen hasta la fecha, con el Código Penal del 95, sentencias del Alto Tribunal que así lo indiquen. Tan sólo podemos referenciar dos bajo los códigos penales anteriores: *STS de 27 de febrero de 1936 (RJ 1936/501) y STS de 22 de abril de 1982 (EDJ 1982/2379)*.

De todo ello se deduce que se ha producido un comportamiento oscilante en la doctrina del Alto Tribunal en cuanto a la consideración de las psicopatías como enfermedades mentales. Así en algunas resoluciones señala: "son trastornos de la afectividad, del temperamento y del carácter, dificultando normalmente la capacidad de quien las sufre para relacionarse con los demás, pero no afectan a la capacidad de discernimiento ni a las facultades de inhibición, autodominio o autocontrol, no siendo verdaderas enfermedades mentales, sino anomalías estructurales de la personalidad, las psicopatías suelen ser irrelevantes a efectos de alumbrar una circunstancia atenuatoria de la responsabilidad criminal, salvo que el cúmulo de condicionamientos concurrentes en el hecho, permitan concluir que existió una afectación de la conciencia y voluntad en la actuación del sujeto, merecedora de la disminución de pena. Su campo aplicativo se movería en la línea de estimar una atenuante analógica"[97].

Con respecto a lo anterior y a modo de conclusión diremos que finalmente el requisito que se exige no es más que el efecto psicológico, es decir, que el trastorno padecido por el sujeto influya directamente y bajo la mayor de la causalidad, en el acto delictivo ejecutado, si no, aunque el sujeto padezca una grave psicopatía, si ésta no afecta a su capacidad de autodeterminación, no se considerará causa eximente o atenuante de su responsabilidad criminal.

---

[95] STS de 9 de noviembre de 1935 (RJ 1935/2093), de 18 de marzo de 1948 (RJ 1948/536), de 1 de junio de 1962 (RJ 1962/2502), de 21 de enero de 1965 (RJ 1965/66), de 30 de junio de 1970 (RJ 1970/3176), de 22 de mayo de 1972 (RJ 1972/2644), de 9 de noviembre de 1974 (RJ 1974/4282), de 12 de mayo de 1975 (RJ 1975/2080), de 20 de enero de 1976 (RJ 1976/157), de 22 de abril de 1977 (RJ 1977/1731), de 15 de marzo de 1979 (RJ 1979/1145), de 20 de marzo de 1993 (RJ 1993/2423), de 9 de junio de 1998 (RJ 1998/5159), de 16 de febrero de 1999 (RJ 1999/1281), de 14 de mayo de 2001 (RJ 2001/10313).

[96] STS de 12 de mayo de 1960 (RJ 1960/1599), de 21 de enero de 1981 (RJ 1981/168), de 2 de junio de 1984 (RJ 1984/3767), de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992/1347), de 4 de octubre de 1994 (RJ 1994/7610), de 5 de junio de 1998 (RJ 1998/5489): psicopatía y retraso mental; STS de 19 de diciembre de 1986 (RJ 1986/7968), de 6 de junio de 1981 (RJ 1981/2581), de 21 de octubre de 1978 (RJ 1978/3251), de 9 de mayo de 1986 (EDJ 1986/3068): psicopatía y neurosis; STS de 26 de mayo de 1982 (RJ 1982/2720): psicopatía y trastorno esquizoide y paranoia; STS de 16 de junio de 1961 (RJ 1961/2196), de 12 de marzo de 1970 (RJ 1970/1375), de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000/420), de 30 de junio de 2000 (RJ 2000/5654): psicopatía y depresión.

[97] STS de 28 de junio de 2001 (RJ 2001/7022).

d. Neurosis (del griego, *neuron*: nervio y *osis*: dolencia):

Constituyen reacciones psíquicas anormales frente a una determinada situación que se derivan directamente de una causa psíquica no somática. No tienen carácter orgánico sino funcional, a diferencia de la psicosis. Es decir, son un trastorno del funcionamiento psicocognitivo. En ellos se incluyen: trastornos de ansiedad y fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos adaptativos, trastornos disociativos y trastornos de somatización o somatomorfos.

El concepto de neurosis y estos tipos de trastornos serán analizados en detalle posteriormente. En relación a la jurisprudencia también lo veremos con extenso detalle más adelante, ya que de eso trata la presente investigación. En consecuencia, lo dejamos aquí simplemente mencionado.

3.2.2. Efecto psicológico:

Una vez analizado el presupuesto biológico, es necesario adentrarnos en el efecto psicológico que el mismo puede provocar.

Como ya explicamos en epígrafes anteriores, en el Código Penal de 1973, no se requería este efecto psicológico para la aplicación de la eximente completa del actual art. 20.1 (anterior 8.1) sino solamente la constatación de la enajenación del sujeto. Sin embargo, a través de los requisitos finalmente aplicados por la Jurisprudencia a la hora de considerar una anomalía o alteración psíquica como eximente de responsabilidad criminal, el legislador incluyó en el Código Penal de 1995 la fórmula mixta, es decir, tanto el presupuesto biológico como el efecto del trastorno en la conducta, puesto que la anomalía o alteración psíquica debe provocar en el sujeto la *imposibilidad de conocer la ilicitud del hecho* o de *actuar conforme a esa comprensión*. Por decirlo de otro modo, el sujeto debe estar afectado de tal forma que modifique su estructura cognitiva y volitiva suficientemente como para causar su inimputabilidad.

Con estos cambios introducidos por nuestro actual Código, la eximente del art. 20.1 CP queda configurada por dos elementos básicos: presupuesto biológico (anomalía o alteración) y como consecuencia, un elemento psicológico compuesto a su vez por dos, de un lado, la incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y de otro, actuar conforme a esa comprensión. A lo que, FONSECA MORALES añade dos requisitos más: la actualidad de la anomalía o alteración psíquica, que debe padecerse por el sujeto en el momento en que ejecute el hecho y la existencia de una relación de causalidad entre dicha anomalía y el hecho cometido[98]. Con respecto al momento de ejecución tiene declarado la *STS de 18 de marzo de 2003 (RJ 2003/3839)* que: "Aunque la jurisprudencia había venido perfilando el concepto, exigencias y efectos de enajenación, hay que tener en cuenta tres aspectos para comprobar la concurrencia de eximente (art. 20.1): la afectación de la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión y la precisión de que los dos anteriores requisitos concurran en el momento de comisión de la infracción penal e influyan en su génesis o en la forma de su comi-

[98] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*…cit, p. 37.

sión". Y en relación al nexo causal, señala la *STS de 18 de junio de 2001 (EDJ 2001/16216)* que: "Para valorar la responsabilidad penal de una persona afecta de una enfermedad mental, habrá de tenerse en cuenta no sólo el diagnóstico psiquiátrico sino también la forma en que los síndromes diagnosticados afectan a su personalidad y, sobre todo, hasta qué punto el acto realizado es tributario de aquella enfermedad, estos es, hasta qué punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y el acto ilícito cometido, sin que sea suficiente para señalar una inimputabilidad una coincidencia cronológica anomalía-delito, sino que ha de exigirse que exista una cierta relación causal entre el estado mental del sujeto y el hecho cometido".

Apuntan MUÑOZ CONDE y GARCÍA ARÁN que: "el efecto psicológico constituye una perturbación de las facultades intelectuales y volitivas y esta perturbación debe incidir en la comprensión de la ilicitud del hecho o en la capacidad de orientar la conducta conforme a dicha comprensión. Si la perturbación no es plena, sino parcial, la imputabilidad no quedará completamente anulada, pero sí disminuida, recibiendo el tratamiento de una eximente incompleta o de una circunstancia atenuante (art. 21.1 y 2 CP)"[99].

No obstante, puede ser que el sujeto no esté totalmente incapacitado para comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión, sino que sólo tenga mermadas las facultades con mayor o menor intensidad. Dependiendo de ese grado de afectación, podrá aplicarse la atenuante incompleta del art. 21.1 CP o bien, la atenuante analógica del art. 21.7 CP. El Alto Tribunal ha señalado las diferencias en numerosas resoluciones, distinguimos al respecto la *STS de 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996/6496)*, que establecía lo siguiente: "La jurisprudencia de la Sala Segunda de este Tribunal viene de hace tiempo distinguiendo en la enajenación mental los distintos supuestos en relación con las valoraciones que hace como eximente plena, eximente incompleta y atenuante analógica, precisando que cuando se eliminan totalmente la conciencia y la voluntad, estamos ante una causa de exención; cuando aquella afectación no es total sino que manifiesta una disminución o menoscabo de las facultades intelectivas y volitivas, con una indudable limitación para comprender la ilicitud del alcance y trascendencia de los actos o para controlarlos voluntariamente, entonces es causa de atenuación privilegiada como eximente incompleta y cuando por último no concurren los presupuestos para apreciar las causas anteriores, pero se detecta una todavía menor intensidad de la imputabilidad o cuando la disminución carece de intensidad, siendo sus efectos leves, se tomará en consideración la atenuante analógica".

3.3. Compatibilidad entre la eximente completa de padecer anomalía o alteración psíquica y la agravante de alevosía

Tiene declarado la Sala 2ª del Tribunal Supremo[100] que la alevosía requiere de un elemento normativo que se cumple si acompaña a cualquiera de los delitos contra las personas; de un

[99] MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal, Parte General*, cit., pp. 395-396.
[100] Véanse las resoluciones: STS de 18 de junio de 1998 (EDJ 1998/7843) y 25 de junio de 1998 (EDJ 1998/7845).

elemento instrumental que puede afirmarse si la conducta del agente se enmarca, en un actuar que asegure el resultado, sin riesgo para su persona, en algunas de las modalidades que doctrina y jurisprudencia distingue en el asesinato alevoso; y de un elemento culpabilístico, consistente en el ánimo de conseguir la muerte sin ofrecer a la víctima posibilidad alguna de defensa. Y en relación a la compatibilidad con la atenuante del art. 20.1 CP, la jurisprudencia[101] ha estimado compatible la agravante de alevosía con la eximente incompleta de enajenación mental, siempre que la disminución psíquico determinante de la semieximente, no impida el dolo específico de la alevosía, conocimiento y voluntad de asegurar el resultado homicida y de excluir el riesgo derivado de la defensa de la víctima.

Por Acuerdo del Pleno de la Sala 2ª de 26/05/2000, «(...) en los supuestos de aplicación de la medida de internamiento previsto para los inimputables en el art. 101.1 CP, el límite temporal de la medida viene establecido por la tipificación del hecho como si el sujeto fuese responsable, por lo que en los supuestos de alevosía el hecho ha de calificarse como asesinato» *(STS 494/2000, de 29 de junio[102]; STS 47/2004, de 23 de enero[103]; STS 1110/2005, de 5 de octubre[104], STS 216/2012, de 1 de febrero[105]*, entre otras).

3.4. Trastorno mental transitorio y *actio libera in causa*

Si atendemos tanto a la legislación como a la doctrina jurisprudencial vemos que la anomalía o alteración psíquica, antes enajenación, sólo se diferencia del trastorno mental transitorio en la duración. Es decir, aquél tiene un carácter permanente y éste tan sólo temporal.

El artículo 20.1 del vigente Código Penal engloba bajo su rúbrica a los que al tiempo de cometer una infracción penal, no pudieran comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, debido a cualquier anomalía o alteración psíquica. También en su párrafo segundo hace una referencia al trastorno mental transitorio como eximente de la responsabilidad criminal, salvo cuando hubiere sido provocado por el sujeto, con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión. Como señala el *ATS de 12 de abril de 2012 ((ROJ: 5702/2012)*: "El trastorno mental transitorio ha de originar una perturbación plena en la mente del sujeto, que determine, a su vez, una total anormalidad en su conocimiento de la situación o en las condiciones de su control (cfr. de 9 de abril de 2001)". Por tanto, se considera una reacción del sujeto, una reacción vivencial anómala, siempre que tenga intensidad suficiente para producir una grave perturbación del psiquismo[106].

---

[101] Véanse las resoluciones: (STS de 17 de noviembre de 1988 (EDJ 1988/9061); de 24 febrero de1989 (EDJ 1989/2048); de 1 julio de 1994 (EDJ 1994/5765) y de 8 de marzo de 1996 (EDJ 1996/1573).
[102] STS 494/2000, de 29 de junio (EDJ 2000/21387).
[103] STS 47/2004, de 23 de enero (EDJ 2004/8218).
[104] STS 1110/2005, de 5 de octubre (EDJ 2005/165894).
[105] STS 216/2012, de 1 de febrero (EDJ 2012/46374).
[106] Véanse las siguientes resoluciones: SAP de Granada, de 22 de febrero de 2008 (EDJ 2008/174899): El acusado sufrió un TMT. Personalidad neurótica. Se aplica eximente completa por delito de homicidio;

Si bien es verdad que con anterioridad, la jurisprudencia, que no la literalidad de la ley, requería para su aplicación que en ambas existiera una base patológica y además un efecto psicológico en el sujeto, a partir de la década de los cincuenta, la doctrina jurisprudencial establecía que podía aplicarse la eximente de trastorno mental transitorio sin origen morboso en relación a la eximente de padecer anomalía o alteración psíquica, pudiendo obedecer a:

a) la exacerbación repentina de una enfermedad mental subyacente;

b) un arrebato u obcecación que haya provocado alteración en las facultades cognoscitivas y volitivas de quien lo padece, muy superiores a las que normalmente causan las situaciones pasionales o los estados emocionales.

La idea básica de esta figura es la delimitación de una situación puntual, que se demuestre el principio y el fin y que una vez pasado el episodio, el sujeto vuelva a ser el que era antes[107].

En el *ATS de 17 de enero de 2013 (EDJ 2013/4556)* se define el trastorno mental transitorio de la siguiente manera: "Podemos decir, siguiendo la sentencia de esta Sala número *456/2009 de 27 de Abril*, que cita la anterior de *6 de Julio de 2001* que, su Jurisprudencia tiene afirmado que el trastorno mental transitorio afectante de modo hondo y notorio a la imputabilidad, supone una perturbación de intensidad psíquica idéntica a la enajenación, si bien diferenciada por su temporal incidencia. Viene estimándose que dicho trastorno, con fuerza para fundar la eximente, supone, generalmente sobre una base constitucional morbosa o patológica, sin perjuicio de que en persona sin tara alguna sea posible la aparición de indicada perturbación fugaz, una reacción vivencial anormal, tan enérgica y avasalladora para la mente del sujeto, que le priva de toda capacidad de raciocinio, eliminando y anulando su potencia decisoria, sus libres determinaciones volitivas, siempre ante el choque psíquico originado por un agente exterior, cualquiera que sea su naturaleza". En dicha resolución se recoge la ya sentada doctrina del Tri-

STSJ de Andalucía (Granada), de 23 de septiembre de 2008 (EDJ 2008/272785): El acusado sufrió un TMT. No se especifica el tipo. Se aplica eximente completa en un delito de homicidio; STSJ de Cataluña, de 27 de febrero de 2006 (EDJ 2006/65218): El acusado sufrió un TMT. No se especifica el tipo. Se aplica atenuante analógica en un delito de asesinato; STSJ de Andalucía (Granada), de 20 de noviembre de 1997 (EDJ 1997/16293): El acusado sufrió un TMT. No se especifica el tipo. Se aplica eximente incompleta por un delito de homicidio; SAP de Madrid, de 31 de enero de 2007 (EDJ 2007/50011): El acusado sufrió un TMT. No se especifica el tipo. Se aplica eximente incompleta por delitos de lesiones y amenazas; SAP de Baleares, de 20 de septiembre de 2007 (EDJ 2007/260689): El acusado sufrió un TMT. No se especifica el tipo. Se aplica eximente incompleta por delito de incendio; SAP de Madrid, de 19 de diciembre de 2012 (EDJ 2012/326252): Se aprecia TMT sin especificación en dos de los tres acusados y se aplica eximente incompleta; SAP de Madrid, de 30 de mayo de 2013 (EDJ 2013/106419): El acusado sufrió un TMT debido al alcoholismo crónico que padecía y se aplicó eximente incompleta por aplicación del art. 21.1 en relación con el 20.1 CP por un delito de atentado a agentes de la autoridad.

[107] Véanse en relación al trastorno mental transitorio: CLEMENTE DÍAZ, M.: *Fundamentos y principios de Psicología forense*, Ediciones Pirámide, Madrid 2011; p. 345. CRESPO ALONSO, S.: *Las circunstancias modificativas…*cit, p. 83; BUSTOS RAMIREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal…*cit., pp. 354 y 355; OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal. Parte General…*cit, pp. 142-144; LUÍS-ROMÁN PUERTA, L.: *Actual doctrina de la imputabilidad penal*…cit, pp. 83 y 84.

bunal Supremo sobre esta materia, que fue unificada mediante Acuerdo adoptado en Sala general, por el Pleno de la Sala Segunda, en su reunión de 27 de abril de 2011.

En otro orden, a partir de 1995 se incluye en el precepto un nuevo requisito: "El que al tiempo de cometer una infracción penal", es decir, que si bien en el Texto Refundido de 1973 nada se establecía acerca del momento de padecer la anomalía (art. 8. Están exentos de responsabilidad criminal: 1.° El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir) en nuestro actual código sí se establece una indiscutible exigencia de temporalidad.

En relación al requisito de que el sujeto no haya buscado intencionadamente la situación de inimputabilidad para delinquir, no varía en absoluto el antiguo texto del actual. Lo recoge así el legislador en el segundo párrafo del art. 20.1: "El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando haya sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever la comisión".

Es aquí cuando entra en juego la figura de la *actio libera in causa,* que supone una excepción a los arts. 20.1 y 2, puesto que el Código exige que tanto la anomalía como la plena intoxicación no hayan sido provocados por el sujeto con el propósito de cometer el delito, es decir, que cuando la situación de inimputabilidad o semi-imputabilidad haya sido buscada de propósito para delinquir o hubiera previsto o debido prever su comisión, no podrá invocarse la respectiva eximente o atenuante[108]. Las actione liberae in causa son los actos realizados bajo una situación de inimputabilidad (plena intoxicación o estado mental transitorio) preordenadas al delito. En el momento de la comisión cierto es que el sujeto está privado de capacidad cognitiva y volitiva y pudiera considerarse inimputable, pero ha llegado a ese estado de una forma libre y voluntaria. Esa acción (actio praecedens) ya supone realmente el comienzo de la ejecución de la infracción o al menos, un acto preparatorio, por tanto, el sujeto sí respondería de su conducta. El Código Penal recoge las ALIC en la regulación de las eximentes 1ª y 2ª del art. 20 en relación con el trastorno mental transitorio y los estados de intoxicación, exigiendo para su apreciación que dichos estados no hubiesen sido provocados "con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión".

Se distinguen dos categorías: las ALIC dolosas, cuando existe una provocación voluntaria del trastorno con el propósito de cometer el delito. Y las ALIC imprudentes, cuando habiendo previsto o debido prever su comisión, no se hizo. En ambos casos, supone la plena imputabilidad del sujeto, bien por delito doloso, bien por delito imprudente[109]. Con respecto a la mencio-

---

[108] Véanse las siguientes resoluciones: STSJ de Cataluña, de 12 de abril de 2007 (EDJ 2007/127498); STS 631/2004, de 13 de mayo (EDJ 2004/54997) y STS 854/1996, de 16 de noviembre (EDJ 1996/8295), SAP de Vizcaya, de 20 de junio de 2012 (EDJ 2012/118885).

[109] Véase sobre actio libera in causa: MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal, Parte General*…cit, pp. 403-407; COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal, Parte General*, 5ª ed, Tirant lo Blanch, Valencia 1999, pp.594-598; GIL GIL, A., LACRUZ LÓPEZ, J.M., MELENDO PARDOS, M., NÚÑEZ FERNÁNDEZ, J.: *Curso de Derecho Penal, Parte General*…cit., pp. 584-587; JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: *Derecho y Medicina: Cuestiones relevantes para el profesional de la salud*…cit., pp. 1082-1085; MIR PUIG, S.: *Derecho Penal , Parte General,…cit;* pp. 603-610; OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal, Parte General*…cit, pp. 143 y 144; BUSTOS RAMIREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal*…cit, pp. 354

nada ALIC, el Tribunal Supremo unificó doctrina mediante la *STS 1019/2010, de 2 de noviembre de 2010 (ROJ: 7153/2010)*, que posteriormente fue recogida en el Acuerdo adoptado en Sala general, por el Pleno de la Sala Segunda, en su reunión de 27 de abril de 2011, cuyo contenido procedemos a analizar.

Comienza definiendo los supuestos de *inimputabilidad sobrevenida* (esto es, sin la intervención culpable del autor). En tales casos, como ha señalado nuestra jurisprudencia, no se aplican los principios de la actio libera in causa, dado que el autor no se ha utilizado a sí mismo como instrumento de su «propia autoría mediata». Se trata de supuestos en los que la doctrina dominante ha entendido que el autor será punible por el delito consumado, siempre y cuando no haya tenido lugar una desviación esencial del nexo causal y haya dado comienzo a la ejecución siendo capaz de culpabilidad. Señala la resolución a través de un ejemplo: "El que decide matar a otro y ya durante la preparación sufre un ataque epiléptico que excluye la culpabilidad, si comete el hecho en este estado no habrá obrado dolosamente pues en tal caso no se puede apreciar una realización responsable de su plan".

Apunta el Tribunal Supremo dos explicaciones diferentes de la figura de la actio libera in causa. Por un lado el llamado «modelo de la excepción», que considera que esta figura se justifica como una excepción, fundamentada por el derecho consuetudinario, del principio de la inculpabilidad de la acción de un enajenado y que requieren la coexistencia temporal de la realización de la acción y la (in)capacidad de culpabilidad (o imputabilidad subjetiva). Por otro, el «modelo de la acción típica», que considera como acción típica la causa libera, es decir, la acción que causa la desaparición de la capacidad de culpabilidad. El primero de estos modelos se apoya en una excepción del principio de legalidad, así como en una dudosa concepción del principio de culpabilidad. Por lo tanto, el modelo de la acción típica mantiene en la actualidad su preferencia.

También se ha entendido, por el contrario, que la doctrina de la actio libera in causa se fundamenta en una «ficción jurídica», que en modo alguno requeriría que el autor haya causado por sí mismo el estado de incapacidad en el que luego tiene lugar la consumación del delito. Al respecto, la doctrina jurisprudencial más reciente ha señalado que "si se prescinde de la conexión causal del comportamiento previo con el resultado como fundamento de la imputación, el dolo y la culpa pierden toda relación con la acción y ya no pueden fundamentar un reproche de culpabilidad sobre el mismo hecho. Dicho de otra manera: la causa libremente puesta que da lugar al comienzo de hecho, debe ser imputable al autor y, por lo tanto, ello requiere que sea éste quien la haya introducido en el curso del suceso".

Desde la perspectiva del llamado modelo de la acción típica, por lo tanto, resulta claro que la actio libera in causa presupone que el autor haya causado su propio estado de incapacidad, pues precisamente en ello se basa la posibilidad de considerar la acción previa, que elimina la capacidad, como adecuada al tipo de delito consumado en estado de inimputabilidad. Ejemplifica de nuevo el Alto Tribunal: "La causa de la muerte, en el delito de homicidio, debe haber

---

a 356; LUZÓN PEÑA, D.M.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte general, 2ª ed,* Tirant lo Blanch, Valencia 2012, p. 148; CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de Derecho Penal, parte general, 2ª ed ...cit*; p. 121 y 122.

sido puesta por el autor, por una decisión libre, es decir, adoptada con capacidad de culpabilidad (o, en su caso, con capacidad disminuida de culpabilidad), pues de lo contrario no es posible configurar la acción típica de causar la muerte a otro. La acción típica consiste en estos casos en eliminar la propia capacidad de culpabilidad, de forma consciente y meditada y previamente a dar comienzo a la acción".

Con respecto a la relación entre ALIC y anomalías o alteraciones psíquicas, es necesario indicar que si la teoría de la actio libera in causa parte de una previa capacidad de culpabilidad del sujeto que pierde conscientemente para cometer el hecho, bien por falta de valor para ejecutarlo, bien como consecuencia de ponerse a cubierto de una posible responsabilidad criminal por su estado de incapacidad mental, es claro que tal resorte no puede ser aplicado a situaciones de alteraciones o anomalías psíquicas permanentes (crónicas o muy cronificables), pues en tales supuestos el sujeto es inimputable con anterioridad a dar comienzo a la ejecución del hecho, sin que pueda controlar su disposición a liberar una causa de excepción a su responsabilidad criminal. Y tampoco puede entenderse un caso de inimputabilidad sobrevenida, puesto que el carácter permanente de la anomalía o alteración ya indican que es anterior y sin intencionalidad. Ante distinto supuesto nos encontraríamos en el caso de los trastornos no permanentes o que causen poca afectación, donde sí podría tener cabida la teoría de la actio libera in causa, con la consecuencia jurídica de la plena imputabilidad o la imputabilidad levemente disminuida, según el caso.

En resumen, a lo largo de este capítulo, se ha pretendido hacer una revisión del concepto que la doctrina nos ofrece acerca de la imputabilidad, abordando no solo el enfoque actual derivado del Código Penal de 1995 sino también a través de la comparación con los anteriores códigos que trataban la materia de forma muy distinta. Para ello resulta necesario desarrollar las causas de inimputabilidad recogidas en nuestro actual códex, haciendo especial hincapié en lo que ha supuesto una notable diferencia con los códigos anteriores, esto es, la necesaria existencia tanto de un presupuesto biológico, es decir, de una anomalía o alteración psíquica, como del efecto psicológico que dicho trastorno produce en las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto que lo padece, siempre en el momento de ejecución de los hechos, requiriéndose para ello, como se desprende de la doctrina jurisprudencial, un inexorable nexo causal que relacione la anomalía con los actos realizados.

En relación a las diferentes anomalías que existen y que prácticamente todos los penalistas se han atrevido a clasificar, se han desarrollado aunque de una forma breve, cuáles son sus características principales, sus manifestaciones clínicas y las consecuencias conductuales que de las mismas pueden derivarse, abordando también de forma sutil el tratamiento jurisprudencial que nuestros tribunales le han otorgado en las últimas décadas. Todo ello porque muchos de ellos aparecen en numerosas ocasiones, asociados a algunos trastornos neuróticos y para su mejor comprensión resultaba necesario al menos definirlos sutilmente.

Puede concluirse por tanto en relación a la inimputabilidad en base al art. 20.1 CP que la mera presencia de una anomalía o alteración psíquica puede ser irrelevante para la determinación de la inimputabilidad de quien la padece y, en consecuencia, de su irresponsabilidad penal. Es preciso además que el autor de la infracción penal, a causa de la alteración que sufre, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, es decir, es preciso que la anomalía o alteración se interponga entre el sujeto y la norma que establece la ilicitud del hecho, de forma que no pueda ser motivado por aquella o que, pudiendo percibir el mandato

o la prohibición contenidos en la norma, carezca ésta de fuerza motivadora para el sujeto porque el mismo se encuentre determinado en su actuación por causas vinculadas a su alteración psíquica que anulen la motivación normativa.

4. Consecuencias jurídicas. Especial mención a las medidas de seguridad

4.1. Introducción

Nuestro actual Código Penal recoge como consecuencia jurídica por la comisión de hechos delictivos por un lado, la imposición de una pena propiamente dicha y según el caso, de una medida de seguridad, que puede ser privativa o no privativa de libertad, propio de nuestro sistema dualista/vicarial y por otro, la satisfacción de la correspondiente responsabilidad civil para reparar el daño causado. Dicha consecuencia jurídica siempre habrá de atender al principio de legalidad y de proporcionalidad y esto dependerá siempre del caso concreto[110].

Pero dicho esto, debemos reconocer como bien plantea CUERDA RIEZU que "no puede aceptarse la idea de un Derecho penal cuya única finalidad sea la condena, pues tanto el derecho fundamental a la presunción de inocencia como la imparcialidad de jueces o tribunales está presuponiendo un Derecho que contempla dos posibilidades: la condena y la absolución/sobreseimiento. Si no fuera así, la justicia dejaría por ello mismo de ser tal justicia"[111].

Y al respecto nos parece interesante la definición de QUINTANAR DÍEZ y ORTIZ NAVARRO: "Las medidas de seguridad son medios preventivos, privativos o limitativos de bienes jurídicos, impuestos por los órganos estatales competentes a determinados delincuentes, teniendo una naturaleza claramente impositiva y siendo en la mayoría de los casos, contraria a la propia voluntad del mismo. En las medidas se aprecia que los fines de las mismas son de carácter pedagógico y asistencial, pudiéndose concretar básicamente en tres puntos: a) su

[110] Véase en relación al sistema de penas: MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M.: *Derecho Penal, Parte General*…cit, pp. 535-569 y 633-656; COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho penal español, Parte General*…cit, pp. 267-309; DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.: *Derecho Penal español*…cit, pp. 555-749; CUERDA RIEZU, A.: *Estudio penales en homenaje a Enrique Gimbernat*…cit, pp. 159-186; SANTOS URBANEJA, F.: *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*, CGPJ – Estudios de Derecho Judicial, Madrid 2006, pp. 227 y 228; VICENS PONS, E.: *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*…cit., pp. 270-274; BLANCO LOZANO, C.: *Derecho Penal , Parte General*…cit., pp. 457-463 y 619-633; LUZÓN CUESTA, J.Mª.: *Compendio de Derecho Penal*…cit., pp. 305-316; LUZÓN PEÑA, D.M.: *Lecciones de Derecho Penal...cit*, pp. 527-543; BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I., ARROLLO LUÍS Y OTROS: *Curso de Derecho Penal,cit.;* pp. 328-331; SERVET MAGRO, V.: *Casuística práctica del internamiento en centro psiquiátrico como medida de seguridad*, Diario La Ley, Nº 6594, Sección Doctrina, Ref. D248, 2006.

[111] CUERDA RIEZU, A.: *Estudios Penales en homenaje a Enrique Gimbernat*…cit, p. 163.

readaptación a la vida social; b) su separación de la misma; c) prevenir también la comisión de nuevos delitos"[112].

En el caso de apreciarse una eximente completa del art. 20.1 CP, establece nuestro código que *se le podrá* aplicar al sujeto, si fuera necesaria, en base a los arts. 101 a 105 CP, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie o cualquier otra de las medidas previstas en el art. 96.3 "medidas no privativas de libertad"[113]. Establece a su vez un requisito de temporalidad relacionado con el principio de proporcionalidad antes mencionado, esto es, el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto y a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. Límite que algunos autores como HIGUERA GUIMERÁ desaprueban, "puesto que el único límite de las medidas de seguridad es el que sea necesario para hacer frente a la peligrosidad criminal del sujeto"[114]. Cierto es, como concluye FONSECA MORALES en consonancia con GÓMEZ RIVERO, que "el límite establecido por el art. 6.2 plantea un serio problema en relación con aquellos sujetos que siguen siendo peligrosos una vez transcurrido el periodo de duración de la medida de seguridad, pero también reconocemos que con esta limitación temporal establecida en el actual Código Penal se evita la absoluta arbitrariedad e indefensión que se escondía bajo la comprensión de la medida como un expediente con el que aislar indefinidamente al sujeto de la sociedad, en lugar de intentar conseguir con ella su curación"[115]. A este respecto, conviene señalar la apreciación de ZUGALDÍA ESPINAR de que no se puede incurrir en el grave error de considerar que la duración máxima de la medida de seguridad es la duración de la pena impuesta al autor, puesto que así estaríamos directamente dinamitando el sistema de doble vía. El límite es sin duda, la duración máxima de la pena prevista por la ley para el delito (arts. 101.1 y 104.1 CP)[116].

Por otro lado, si se ha estimado una eximente incompleta del art. 21.1 CP, la pena resultará atenuada en uno o dos grados, atendiendo al contenido del art. 68 del mismo cuerpo legal y

---

[112] QUINTANAR DÍEZ, M. (Director) y ORTIZ NAVARRO, J.F.: *Elementos de Derecho Penal, parte general… cit.,* p. 242.

[113] Véase STEDH 7215/1975, de 5 de noviembre de 1981: Caso *X contra Reino Unido* (EDJ 1981/1161) y STEDH 9019/1980, de 23 de febrero de 1984: Caso *Luberti* (EDJ 1984/6849) y STEDH 45508/1999, de 5 de octubre de 2004: *Caso H.L. contra Reino Unido* (EDJ 2004/116142)*:* Casos de condenas judiciales que determinan la reclusión de delincuentes enajenados en hospitales psiquiátricos.

[114] HIGUERA GUIMERÁ, J.F.: "El sistema de medidas y el erróneo criterio en la formulación del principio de proporcionalidad en el Código Penal de 1995", en DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., ROMEO CASABONA, C.M., GRACIA MARTÍN, L. e HIGUERA GUIMERÁ, J.F,: *La ciencia del Derecho Penal ante el nuevo siglo. Libro homenaje al Profesor Dr. D. José Cerezo Mir*, 1ª ed, 2ª impr, Tecnos, Madrid 2002, p. 1083.

[115] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía*…cit, p. 72; GÓMEZ RIVERO, Mª.C.: "Nuevas tendencias doctrinales y jurisprudenciales en el tratamiento del enfermo mental" en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (Director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. 1, CGPJ, Madrid 2006, p. 349. Véase STS de 14 de marzo de 2002 (RJ 2002/3736).

[116] ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Director), MORENO-TORRES HERRERA, MªR. (Coordinadora), MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E., RAMOS TAPIA, I. y ESQUINAS VALVERDE, P. y VALVERDE CANO, A.B. (Autores): *Lecciones de Derecho Penal. Parte General;* Tirant lo Blanch, Valencia 2016; pp. 291-293.

de acuerdo con el art. 104 CP, se podrá imponer la medida de seguridad de internamiento prevista en el art. 101. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la pena prevista por el Código para el delito. Es de relevancia destacar que las medidas de seguridad privativas de libertad sólo podrán imponerse cuando el hecho cometido tuviese prevista una pena también privativa de libertad, es decir, prisión o localización permanente. Su justificación es la base en el principio de legalidad. Así lo recoge la *STS de 14 de marzo de 2002* al señalar: "Hemos de comenzar afirmando la evidente vigencia del principio de legalidad en relación con la aplicación de las medidas de seguridad o postdelictuales. Tal afirmación viene reconocida de forma expresa en el art. 1.2 CP…". Sin embargo, cuando la pena que se hubiere podido imponer por el delito no fuera privativa de libertad, el juez o Tribunal sólo podrá aplicar las medidas de seguridad no privativas de libertad contempladas en el art. 96.3 CP.

Por último, para el caso de la atenuante analógica del art. 21.7 en relación con el 21.1 y el 20.1 CP, la pena vendrá impuesta por lo establecido en el art. 66 CP, no contemplándose la posibilidad de aplicación de medida de seguridad[117].

La diferencia que puede apreciarse entre pena y medida de seguridad es que si bien la primera requiere para su imposición la atribución de culpabilidad (prevención general), la segunda va referida sólo a la peligrosidad criminal del sujeto y su finalidad es la de evitar otras conductas delictivas en el futuro (prevención especial), sometida a los principios de legalidad formal y material[118]. Conviene aquí señalar que lo determinante es la peligrosidad criminal, no resultando suficiente la mera peligrosidad social[119]. Así se recoge en el *ATS de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006/109719)* de la siguiente forma: "El art. 6 CP dispone que las medidas de seguridad se fundamentan en la responsabilidad criminal del sujeto al que se impongan y precisa que esa peligrosidad se exteriorice en la comisión de un hecho previsto como delito". Tal y como expone la *STS de 4 de mayo de 2010 (EDJ 2010/122300)*: "El juicio sobre la peligrosidad del sujeto opera en dos fases: a) en la fase de diagnóstico, fundado en el actuar peligroso para la sociedad, ya patentizado y objetivado en el hecho dañoso ejecutado (art. 95.1.1º CP) y b) en la fase de pronóstico, que se proyecta hacia su comportamiento futuro y que tiene por finalidad

---

[117] Así mismo y aunque se refiera a otra causa de inimputabilidad, nos parece conveniente señalar la STS de 11 de abril de 2000 (EDJ 2000/4635), donde se prevé la posibilidad de imponer una medida de seguridad en caso de apreciarse atenuante analógica en caso de grave adicción (art. 21.2. CP), estableciendo como doctrina asentada que las medidas de seguridad previstas para las situaciones de exención o exención incompleta eran también aplicables a los supuestos de atenuante de análoga significación, pues los mecanismos previstos por el legislador para atender situaciones de exención o de menor culpabilidad por situaciones de intoxicación, crisis carencial a sustancias tóxicas dirigidas a la rehabilitación y reinserción del toxicómano deben poder ser aplicadas, también, a los supuestos de disminución de la culpabilidad por una situación equiparable, aunque con una menor afectación de las facultades psíquicas. Por tanto, a atenuante de grave adicción del art. 21.2 del Código Penal puede suponer el presupuesto de aplicación de las medidas de seguridad en los términos del art. 104 del Código Penal.

[118] DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.: *Derecho Penal español*…cit, p. 725; MORILLAS CUEVA, L.: *Sistema de Derecho Penal, parte general. Fundamentos conceptuales y metodológicos del Derecho Penal. Ley Penal, 3ª ed*, Dykinson 2016, p. 33.

[119] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica*…cit, p. 69, con referencia a HEGGLING, M.F.: *Los enfermos mentales en el Derecho Penal. Contradicciones y falencias del sistema de medidas de seguridad*, Editores del Puerto S.R.L., Buenos Aires 2006, pp. 186 y ss.

prever la posibilidad de que la persona concernida cometa nuevos hechos dañinos para la sociedad (art. 95.1.2º CP)". JIMÉNEZ DE ASÚA desarrolla así el concepto de *peligrosidad criminal*: "consiste en la probabilidad de que un individuo cometa o vuelva a cometer un delito"[120].

Es decir, que realmente la medida de seguridad, que no reviste carácter obligatorio sino potestativo y depende del nivel de peligrosidad del sujeto, es o no impuesta por el juzgador, de manera discrecional. Por tanto, podemos encontrarnos supuestos en los que habiéndosele aplicado una eximente completa al sujeto, pero no revistiendo el mismo una notable peligrosidad criminal (son los menos, claro está), quedará éste totalmente libre, en el sentido más amplio de la palabra. Resulta a nuestro parecer, una postura de nuestro ordenamiento demasiado permisiva que puede incluso rozar los límites de la inseguridad jurídica. Establece la *STS de 1 de febrero de 2012 (EDJ 2012/46374)* que "la medida de seguridad no se impone sin más como un remedio terapéutico para el enfermo mental, inimputable penalmente, sino en función de la peligrosidad social del sujeto, y del pronóstico de reincidir en su comisión criminal. En definitiva, se trata de la adopción de una medida de seguridad socialmente defensiva, que se adopta dada la peligrosidad criminal del reo". Y finaliza tildando de acertada la decisión de instancia, que impuso una medida de internamiento al observar en el sujeto tal peligrosidad criminal "en función de los informes médicos obrantes en autos, y de la posibilidad de repetición de los hechos enjuiciados (...), sin perjuicio de la posibilidad de sustitución de tal medida de seguridad por otra menos aflictiva, en fase de ejecución de sentencia, y conforme autoriza el art. 97 del Código Penal, mediante un procedimiento contradictorio y previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria". Junto al fundamento de peligrosidad que debe amparar a toda medida así impuesta, ha de subyacer en su adopción, simultáneamente, un fin terapéutico respecto del sujeto declarado inimputable, objetivo último de este instrumento legal vinculado a la pena en su función de reinserción social, por mandato del art. 25.2 de la Constitución[121]. Este mismo espíritu late, igualmente, en otros preceptos del Código Penal, tales como el art. 60, en la medida en que ordena la suspensión de la pena privativa de libertad que ya haya empezado a ejecutarse respecto del penado en quien, después de pronunciada esa sentencia firme, se aprecie una situación sobrevenida de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena que está cumpliendo, en cuyo caso el Juez de Vigilancia Penitenciaria debe garantizar que el penado "reciba la asistencia médica precisa", pudiendo incluso optar por la imposición de una medida de seguridad alternativa al cumplimiento de la pena de prisión y por el tiempo necesario para el restablecimiento de la salud mental perdida, en ningún caso mayor que la propia pena sustituida[122].

---

[120] LUZÓN CUESTA, J.Mª.: *Compendio de Derecho Penal*,…cit. p. 305.

[121] Art. 25.2 CE: Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

[122] Véanse también las siguientes resoluciones: STS 124/2012, de 6 de marzo (EDJ 2012/30303), STS 345/2007, de 24 de abril (EDJ 2007/32805), STS 464/2002, de 14 de marzo (EDJ 2002/6527) y STC 24/1993 (EDJ 1993/298).

Al respecto de la finalidad de las medidas de seguridad, nos recuerdan CARRASCO GÓMEZ y MAZA MARTÍN que durante cierto tiempo se distinguieron dos diferentes supuestos entre las medidas, atendiendo a su finalidad: la medida encaminada, dentro de la prevención especial, al tratamiento curativo y la reeducación, dirigida a enfermos y menores; y en otro grupo, las tendentes al aseguramiento y la defensa social, aplicables a los sujetos plenamente responsables pero especialmente peligrosos, tales como los multirreincidentes y delincuentes habituales, por ejemplo. Sin embargo, al menos desde la derogación de la antigua Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social[123] hasta la *LO 5/2010, de 22 de junio*[124], el principal objetivo de las medidas ya no es otro que la administración de un "tratamiento"[125].

A tenor de lo dispuesto en el art. 3 en relación con los arts. 97, 99 y 105 CP, cabe afirmar que el momento oportuno para imponer la medida de seguridad es la sentencia, pero resulta admisible que la medida de seguridad con carácter de medida cautelar se adopte en fase de instrucción. Para ello, deben tenerse en cuenta los principios que rigen la adopción de cualquier medida cautelar que suponga una limitación de derechos fundamentales: la medida debe ser necesaria y estar regida por el principio de proporcionalidad, exigiéndose además la posibilidad de contradicción y una resolución suficientemente motivada. Nuestro ordenamiento jurídico admite esta posibilidad a tenor de lo dispuesto en el art. 59 CP[126].

4.2. Tipos de medidas de seguridad:

Las medidas de seguridad que deben adoptarse en sentencia se caracterizan por ser limitadoras del derecho a la libertad, son las recogidas en el art. 96.2 CP. Se trata de medidas que

[123] Ésta fue una ley del código penal español aprobada por el régimen franquista el 5 de agosto de 1970. Sustituía principalmente a la Ley de vagos y maleantes para el control de todos los elementos considerados antisociales. Entre ellos se incluía a aquellos que practicaran la mendicidad, la homosexualidad, el vandalismo, el tráfico y consumo de drogas, la venta de pornografía, la prostitución y el proxenetismo, así como a los inmigrantes ilegales y a cualquiera que fuera considerado peligroso moral o socialmente por el régimen. Establecía penas que iban desde multas hasta penas de cinco años de internamiento en cárceles o centros psiquiátricos para la «rehabilitación» de los individuos. Fue derogada completamente el 23 de noviembre de 1995.

[124] Establece el preámbulo de esta ley lo siguiente: "…la presente Ley introduce, mediante la modificación parcial y una leve reordenación del Título IV del Libro Primero del Código Penal, una nueva medida denominada libertad vigilada, que se inserta naturalmente en el régimen general de dichas medidas de seguridad, algunas de las cuales se integran y refunden en ese concepto común (artículo 106) ... La novedad sustancial que incorpora la libertad vigilada es que resulta aplicable no sólo cuando el pronóstico de peligrosidad del individuo se relaciona con estados patológicos que han determinado su inimputabilidad o semiinimputabilidad, sino también cuando la peligrosidad deriva del específico pronóstico del sujeto imputable en relación con la naturaleza del hecho cometido, siempre y cuando el propio legislador así lo haya previsto de manera expresa".

[125] CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Tratado de Psiquiatría legal y forense, cit;* pp.453 y 454.

[126] INGELMO FERNÁNDEZ, A.: *Las circunstancias modificativas de la capacidad jurídica…*cit, pp. 141 a 151.

pueden adoptarse en los supuestos de las eximentes completas del art. 20 CP en sus tres apartados y las eximentes incompletas del art. 21.1 en relación con las anteriores.

Las medidas privativas de libertad previstas en el art. 96.2 CP y desarrolladas por los arts. 101 a 104 del mismo cuerpo legal son:

- Internamiento en centro psiquiátrico.
- Internamiento en centro de deshabituación.
- Internamiento en centro educativo especial.

Las medidas no privativas de libertad se recogen en el art. 96.3 CP, modificadas por la L.O. 15/03, de 25 de noviembre, y desarrolladas por los arts. 105 a 108 del mismo cuerpo legal:

- Inhabilitación profesional.
- Expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
- Libertad vigilada
- Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
- Privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- Privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

Con respecto a la entrada en vigor de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, ésta no modifica el Título IV del Libro I CP en el que se regulan las medidas de seguridad, pero sí introduce en el Libro II tres nuevos supuestos en los que, junto a la pena correspondiente, podrá imponerse la medida de libertad vigilada. Se trata del artículo 140 bis en relación con los delitos de homicidio, asesinato e inducción o cooperación al suicidio, del art. 156 ter respecto a los delitos de lesiones cometidos sobre las personas a que se refiere el art. 173.2, e igualmente en este art. 173.2 relativo al delito de violencia habitual. De la comparación de las penas previstas en todos estos tipos penales se evidencia que las establecidas antes de la reforma no son en general más favorables en la nueva regulación, por lo que no entrará en juego la necesidad de valorar la posible imposición de una medida de seguridad[127].

[127] Sin embargo, hay alguna excepción como es el supuesto del art.152.1.1o (delito de imprudencia grave con resultado de lesiones del anterior art.147.1 CP) para el que se establecía sólo pena de prisión. Para este caso, la nueva regulación prevé alternativamente penas de prisión o multa. En principio, la pena de multa sería más favorable que la pena privativa de libertad impuesta, pero a la hora de revisar la sentencia, habrá de tenerse en cuenta la posibilidad de aplicar conforme al nuevo art. 156 ter, además de la pena de multa, la medida de seguridad de libertad vigilada. En todo caso, la labor comparativa exige que se haga una previsión de las concretas medidas de libertad vigilada que, al amparo del art. 106.1, procedería imponer al penado para que en el trámite de audiencia pueda ponderar adecuadamente la regulación que entiende que le es más favorable. Sin perjuicio de oír al reo, los Sres. Fiscales habrán de partir de que la comparación prisión frente a multa con libertad vigilada hace a ésta última más favorable, al no ser privativas de libertad ni la pena ni la medida.

Afirma ARAGONÉS ARAGONÉS que la medida más aplicada en el caso de los arts. 20.1 y 21.1 es la de *internamiento en centro psiquiátrico* y en un segundo lugar, la de *tratamiento ambulatorio o sumisión a tratamiento externo en centro médico adecuado a su enfermedad*[128].

En cuanto a los fines y función de la medida a adoptar, establece la *STS de 2 de febrero de 2011* que: "Ha de ponderarse de una parte, la protección del propio acusado, quien mediante el correspondiente tratamiento médico-terapéutico puede controlar los impulsos de su enfermedad mental y acabar haciendo una vida normalizada, objetivo de rehabilitación social que acabará repercutiendo también en beneficio de la comunidad y se protege también con la medida a la sociedad, salvaguardándola de los riesgos que genera una persona que ya tiene acreditada una peligrosidad objetivizada en el hecho enjuiciado, evitando la reiteración de tales actos en el futuro".

Como las medidas de seguridad se refieren al nivel de peligrosidad criminal del sujeto, el art. 97 CP prevé que durante la ejecución de las sentencias, el Juez o Tribunal sentenciador podrá modificar dicha medida, sustituirla por otra, mantenerla o dejar en suspenso la ejecución de ésta en atención al resultado ya obtenido, concediendo en este último caso un plazo y condicionando la retirada total de la medida a la no comisión de hechos delictivos en ese tiempo fijado[129].

Finalmente, si el sujeto quebrantara la medida de seguridad impuesta, el art. 100 CP prevé que en el caso de medidas privativas de libertad, el sujeto reingresará en el centro y en el caso de medidas no privativas, se podrá acordar el internamiento si éste estuviese previsto para el caso, atendiendo al principio de necesidad.

En relación a la responsabilidad civil, establece el art. 118 CP que la exención de la responsabilidad criminal declarada en los números 1º … del art. 20, no comprende la de la responsabilidad civil, que se hará efectiva también por las personas que tengan bajo su potestad o guarda legal al sujeto, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte y sin perjuicio de la responsabilidad civil directa que pudiera corresponder al investigado. Y en conexión con el art. 110 CP, la responsabilidad civil comprende tres obligaciones para el deudor: la restitución, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios materiales y morales.

Estableciendo una relación entre lo anteriormente dicho y los trastornos neuróticos, es necesario indicar la evolución que los mismos han tenido en cuanto al tratamiento penal. Fue a partir de su inclusión en los manuales de diagnóstico cuando la jurisprudencia comenzó a consi-

---

[128] ARAGONÉS ARAGONÉS, Mª. R.: Las *circunstancias modificativas de la capacidad jurídica*…cit, pp. 67 a 80.

[129] Con anterioridad se aplicaban las Medidas Predelictuales a través de la Ley de Vagos y Maleantes de 1.933 y la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1.970, pero éstas fueron declaradas inconstitucionales por numerosas sentencias del Tribunal Constitucional: STC 23/1986, de 14 de febrero de 1986 (BOE 55, de 5 de marzo de 1986); STC 21/1987, de 19 de febrero de 1987 (BOE 54, de 4 de marzo de 1987); STC 131/1987, de 20 de julio de 1987 (BOE 191, de 11 de agosto de 1987), siendo derogadas finalmente por la Disposición Derogatoria Única del Código Penal de 1.995. A partir de ese momento, sólo se admitieron las Medidas Postdelictuales, es decir, aplicación de las medidas de seguridad si el sujeto ha cometido el delito. Véase ATS de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006/109719).

derarlos auténticos trastornos mentales, abriendo la veda de las circunstancias modificativas de la responsabilidad en relación a éstos. Como venimos indicando a lo largo de este estudio, resulta imprescindible ya no sólo la existencia de una anomalía o alteración psíquica sino que ésta produzca un efecto psicológico en el sujeto y además, que pueda establecerse un nexo causal entre la patología que se padece y los hechos cometidos. Por tanto, la inclusión de los trastornos neuróticos en los manuales de diagnóstico supone un avance en la conceptualización de los mismos y conforma claro está, el presupuesto biológico requerido por el legislador, pero no resulta suficiente para la determinación de la imputabilidad, sino que habrá que probar, y recalcamos probar, puesto que en estos casos no se presume su existencia, que las facultades cognitivas y/o volitivas se han visto mermadas. Si la afectación es total y plena, no cabe la menor duda de que podrá apreciarse una eximente completa del art. 20.1 CP que deberá conllevar, la imposición de una medida de seguridad acorde a la patología sufrida y bajo el criterio de que exista peligrosidad del sujeto. Si las facultades del individuo no han sido totalmente anuladas sino sólo mermadas, aunque de forma notable, la consecuencia jurídica será una eximente incompleta del art. 21.1 en relación con el 20.1 CP, con la consiguiente rebaja de la condena que le sea impuesta y la posibilidad de que el juzgador establezca también una medida de seguridad con las características y límites que la ley establece[130]. En el caso de que la capacidad de culpabilidad tan sólo se haya visto levemente afectada, sin que el trastorno padecido incida de forma notable en sus facultades, se podría aplicar la atenuante de análoga significación, contenida en el art. 21.7 CP. En estos supuestos no se prevé la aplicación de medida de seguridad, puesto que por propia definición, la alteración o anomalía no tienen la entidad suficiente para anular de forma notable las facultades del sujeto, por lo que se le aplicará la condena que corresponda, atenuada en base a los criterios contenidos en el art. 66 CP. Y ya por último, hacer mención a los supuestos de plena imputabilidad, es decir, de inoperancia penal, donde no se aplicará ninguna rebaja de la condena al sujeto, en tanto que la patología que pueda sufrir no influye en absoluto o si lo hace, tan sólo de forma muy leve, en su capacidad cognitiva y/o volitiva, comprendiendo perfectamente la ilicitud del hecho y comportándose, consecuentemente, conforme a esa comprensión.

[130] Al respecto establecen CUELLO CONTRERAS y MAPELLI CAFFARENA que "la previsión o incremento de las medidas de seguridad y curación para semiinimputables debería influir en que los Tribunales pierdan el miedo a imponer medidas en lugar de penas, pues de esa manera, en lugar de castigar de forma atenuada y sin curación, se podrá aplicar la medida más adecuada para corregir la anomalía y prevenir futuros delitos de la misma persona. El ámbito que puede verse más influido por esta tendencia (a la que la sociedad ciegamente se resiste) es el de los delincuentes sexuales y sociópatas", en *Curso de Derecho Penal, parte general, 2ª ed…cit*; p. 120.

II. LA PERICIAL PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA EN EL PROCEDIMIENTO PENAL

1. Introducción

En Medicina y en Psiquiatría Clínica, la acción de evaluar y diagnosticar es un proceso fundamental. Tiene entre sus objetivos encontrar la naturaleza, las causas y mecanismos de las manifestaciones clínicas que se observan y su clasificación y encuadramiento en un trastorno definido. Y tras esa acción, y como consecuencia de ello, ofrecer la posibilidad de plantear un tratamiento. La evaluación en Psiquiatría Forense, por el contrario, tiene como objetivo principal proporcionar la información necesaria al Juez y a las partes sobre la evaluación científica de las anomalías, alteraciones o trastornos psíquicos y de su puesta en relación con la cuestión legal de que se trate. Y ello, para auxiliar en la toma de decisiones con mayor conocimiento de la persona y sus circunstancias psíquicas. La evaluación se solicita como prueba pericial y los resultados son expuestos en los informes escritos o de forma oral en el acto de juicio[131]. La pericial es pues una prueba de carácter personal que consiste en la emisión de informes sobre cuestiones técnicas, de mayor o menor complejidad, elaborados por personas con especiales conocimientos en la materia.

Establece OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ que "toda prueba pericial va encaminada a responder aquellas cuestiones jurídicas planteadas cuando se enjuicia una acción, aportando al procedimiento, para ilustración del juzgador, los conocimientos científicos necesarios para la concreta interpretación de unos hechos. En Psiquiatría Forense la evaluación pericial tiene por objetivo principal proporcionar la información necesaria sobre la existencia o no de anomalías, alteraciones o trastornos psíquicos y su relación con la cuestión legal de que se trate. La intervención del perito puede ser diversa, pero va a ser requerida fundamentalmente en dos ámbitos, en el penal para cuestiones de imputabilidad y en lo civil para informar en materias de capacidad de obrar". En el mismo texto, establece este autor que "una de las actuaciones más importantes y complejas de la peritación psiquiátrico forense, en su aplicación al Derecho Penal, es el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre el ser humano y sus acciones, es decir, en el caso de la acción delictiva, el establecimiento de la imputabilidad como requisito previo de la responsabilidad y de la culpabilidad del hecho cometido. El fundamento de la imputabilidad reside en la posibilidad que tiene el ser humano de actuar de forma libre, libertad que puede perderse, o incluso no haber existido nunca, si en el individuo no se reúnen las circunstancias que dan soporte a la libertad humana"[132].

Dentro del procedimiento penal, el informe pericial está regulado en los arts. 456 a 485 LECr, durante la fase de instrucción y en los arts. 661 a 663 y 723 a 725, en la fase de juicio oral[133]. Como tales pruebas, quedan sujetos a la valoración conjunta de todo el material probatorio conforme a lo previsto en el art. 741 LECr, que serán completados por las conclusiones que el Tribunal haga en el acto de juicio a través de los interrogatorios y del propio principio de

[131] CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Tratado de Psiquiatría legal y forense, 4ª ed*, La Ley, Madrid 2010, p.133.
[132] OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E.: "Imputabilidad y consumo de sustancias tóxicas: pericia psiquiátrico forense", Revista española de drogodependencias, 38 (2), 2013; pp. 109-115.
[133] En el Anteproyecto de reforma de la LECr, se preveía que la prueba pericial se regulara en los arts. 386 a 399, 555 y 586, procediendo al nombramiento de los peritos el Ministerio Fiscal, sin embargo, las Leyes Orgánicas aprobadas finalmente en 2015, no han recogido tales modificaciones.

inmediación: "el Tribunal, apreciando, según su conciencia las pruebas practicadas en el juicio, las razones expuestas por la acusación y la defensa y lo manifestado por los mismos procesados, dictará sentencia dentro del término fijado en esta Ley".

En relación al procedimiento penal militar, la pericial queda regulada por la LO 2/1989, de 13 de abril, Ley Procesal Militar y lo establecido en el Libro II (De los procedimientos militares ordinarios), titulo II (Del sumario), Capítulo V (De la prueba pericial), arts. 181 a 184.

En relación a la designación de los peritos en el ámbito penal, con carácter general, la ley dispone en su art. 459 LECr que todo reconocimiento pericial se hará por dos peritos, excepto en el procedimiento abreviado, que el informe podrá ser prestado sólo por un perito cuando el juez lo considere suficiente (art. 778.1 LECr). Sin embargo, la jurisprudencia ha precisado que la duplicidad de informantes no es esencial y que tal requisito se considera cumplido cuando el informe ha sido elaborado por un equipo de un centro oficial *(Acuerdo de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, de 21 de mayo de 1.999, cuyo alcance fue precisado en el Pleno de 23 de febrero de 2.001)*[134]. La designación debe recaer, en principio, en el personal técnico adscrito a los órganos jurisdiccionales (peritos vinculados a la Administración de Justicia e Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses). Si no existieran órganos competentes por razón de la materia, se acudirá a las unidades especiales de Policía Nacional Científica y Servicio de Criminalística de la Guardia Civil. No obstante, también cabe la posibilidad de informes presentados a instancia de parte mediante designación particular de especialistas competentes.

2. Valoración del informe

En cuanto a la valoración de las pericias sobre psiquismo, la pericial psiquiátrica tiene dos aspectos: el biológico-psíquico, interpretado por el facultativo especialista y el normativo-valorativo, que es competencia del órgano enjuiciante. Por tanto, la pericial psiquiátrica se define como el documento científico basado en el estudio de la condición mental de un individuo determinado. Sirve como uno de los elementos de juicio para pronunciarse acerca de su responsabilidad por un hecho delictivo cometido, debiendo contener la siguiente estructura, según FUERTES ROCAÑIN: 1. Preámbulo (nombre de peritos, cualificación profesional, razón de la pericia y si es a instancia de parte o de oficio, además de las pruebas realizadas); 2. Parte expositiva; 3. Parte reflexiva; 4. Conclusiones finales[135].

A los médicos les corresponde señalar las bases patológicas de la anomalía que, en su caso, perciban, pero la valoración sobre la imputabilidad del sujeto, ha de hacerla el Tribunal competente, por tratarse de conceptos eminentemente jurídicos, pues el diagnóstico pericial no debe equipararse automática o mecánicamente con la insuficiencia de capacidad intelectual o volitiva en el orden penal, siendo el perito un mero colaborador de los jueces. El perito psiquia-

[134] STS 632/2011, de 28 de junio de 2011 (Roj. 5129/2011).

[135] FUERTES ROCAÑIN, J.C.: "El peritaje psiquiátrico en el ámbito penal", en el Congreso de Psiquiatría y Derecho, Oviedo 2000, pp. 210 y ss. Véase también: CHECA GONZÁLEZ, M.J.: *Manual práctico de Psiquiatría Forense*, Elseiver Masson, Barcelona 2010, pp. 105-110.

tra debe pronunciar un diagnóstico clínico e informar al Juez o Tribunal sobre la influencia en el acto criminal realizado, sin tomar la decisión sobre si el sujeto al que ha examinado, debe o no ser castigado[136]. Pero desde luego y como indican CABRERA FORNEIRO y FUERTES ROCAÑÍN: "la apreciación de la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto activo depende siempre de la correspondiente e imprescindible prueba pericial psiquiátrica, que será decisiva y de una enorme relevancia en estas ocasiones"[137].

En base a lo anteriormente dicho, destaca la Jurisprudencia que la prueba pericial es de apreciación discrecional o libre y no legal o tasada[138], por lo que, desde el punto de vista normativo, la ley precisa que el Tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica, lo cual, en último término, significa que la valoración de los dictámenes es libre para el Tribunal, como con carácter general, para toda la actividad probatoria. Esas reglas de la sana crítica a la que se refiere el art. 348 LEC, están constituidas por las exigencias de la lógica, los conocimientos científicos, las máximas de la experiencia y en último término, el sentido común; las cuales, lógicamente, le imponen la necesidad de tomar en consideración, entre otros extremos, la dificultad de la materia sobre la que verse el dictamen, la preparación técnica de los peritos, su especialización, el origen de la elección del perito, su buena fe, las características técnicas del dictamen, la firmeza de los principios y técnicas realizadas, número y calidad de los dictámenes obrantes en los autos, concordancia o disconformidad entre ellos, resultado de la valoración de las otras pruebas practicadas, las propias observaciones del Tribunal, etc, debiendo éste, finalmente, exponer en su sentencia las razones que le han impulsado a aceptar o no las conclusiones de la pericia[139].

No se trata de pruebas que aporten aspectos fácticos, sino criterios que auxilian al órgano jurisdiccional en la interpretación y valoración de los hechos, sin modificar las facultades que le corresponden en orden a la valoración de la prueba. Por otro lado, su carácter de prueba personal antes mencionado, no debe perderse de vista cuando la prueba pericial ha sido ratificada, ampliada o aclarada en el acto de juicio oral ante el Tribunal, pues estos aspectos quedan entonces de alguna forma afectados por la percepción directa del órgano jurisdiccional a consecuencia de la inmediación[140].

---

[136] HIGUERA GUIMERÁ, J.F.: *Estudios penales en homenaje al Profesor Cobo del Rosal*…cit, pp. 514 y 515. CLEMENTE DÍAZ, M.: *Fundamentos y principios de Psicología jurídica*, Ediciones Pirámide, Madrid 2011, pp. 343-345. Véase: STS 125/2004, de 20 de enero de 2004; STC 1125/2011, de 2 de noviembre de 2011.

[137] CABRERA FORNEIRO, J., FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: "Psiquiatría y Derecho, dos Ciencias obligadas a entenderse" en *Manual de Psiquiatría Forense*, Cauce editorial, Madrid 1997.

[138] Véase STS 1204/1992, de 8 de abril (Roj: 14174/1992): "En reiterados precedentes esta Sala ha establecido que en la cuestión de la capacidad de culpabilidad los Tribunales deben requerir, cuando haya razones para ello, el parecer de los peritos médicos para determinar la situación psíquica del acusado. En tales casos, los Jueces no estarán vinculados por las conclusiones de los peritos, pero tampoco se podrán aportar sin fundamentos respaldados en conocimientos científicos de las conclusiones médico-legales".

[139] STS 1103/2007, de 21 de diciembre de 2007 (Roj. 8849/2007); GARCÍA VITORIA, A.: *Actividad pericial y proceso penal*, Tirant lo Blanch monografías, Valencia 2009, pp. 54-61.

[140] STS 1125/2011, de 2 de noviembre de 2011 (Roj. 7290/2011) que cita las siguientes: STS de 5 de junio de 2000 (EDJ 2000/10881), de 5 de noviembre de 2003 (EDJ 2003/152665) y STS de 28 de noviembre de 2007 (EDJ 2007/222945).

Es importante conocer el estado del sujeto en el momento de la acción, pero también en el actual, para valorar, por ejemplo, su repercusión en las circunstancias modificadoras de la responsabilidad penal, la capacidad para asistir al juicio o la repercusión en el cumplimiento de la pena o de las medidas de seguridad[141].

Señala HIGUERA GUIMERÁ que "desde luego el Derecho Penal así como la Psiquiatría no hacen distinciones según el sujeto activo lo sea de un delito o falta determinado o de otra clase de delito o falta distinto, por mucha que sea la presión social en un momento histórico determinado. Por tanto, las citadas eximentes completas o incompletas y las circunstancias atenuantes por analogía, así como la atenuante genérica de grave adicción, por supuesto, serán de aplicación, también por ejemplo, en el ámbito de los delitos relacionados con la violencia doméstica y en los delitos relacionados con la violencia de género. Del mismo modo que, también, la eximente de anomalía o alteración psíquica se aplicará cuando concurran sus presupuestos, por ejemplo, por los Tribunales Terroristas Militares, Tribunal Militar Central o Sala 5ª de lo Militar del Tribunal Supremo, en los delitos militares o cuando se trate de delitos de terrorismo porque no puede ni debe haber distinciones, limitaciones o excepciones. No debe existir ya de entrada una predisposición en contra en el examen de imputabilidad. No se pueden aplicar baremos psiquiátricos distintos, por ser una auténtica discriminación en el campo de Derecho Penal"[142]. Sin embargo, CUELLO CONTRERAS establece con respecto a los delitos de violencia en el ámbito doméstico que "no cabe, en suma, ninguna disculpa en el citado comportamiento"[143].

3. Contenido del informe

Este apartado lo dividiremos en dos subepígrafes. En el primero de ellos se expondrá el contenido de la prueba pericial, desde una perspectiva jurídica y el segundo de ellos, el contenido de las pruebas psicológicas a realizar.

---

[141] OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E.: "Imputabilidad y consumo de sustancias tóxicas: pericia psiquiátrico forense"…cit; p. 110.

[142] HIGUERA GUIMERÁ, J.F.: *Estudios penales en homenaje al Profesor Cobo del Rosal,* Dykinson, Madrid 2005, pp. 505 y 506. Aunque se ha transcrito el texto original, entiéndase que el término "falta" queda derogado por la L.O. 1/2015, de 30 de marzo. Véase al respecto: CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Tratado de Psiquiatría legal y forense, cit.*, pp. 134-185.

[143] CUELLO CONTRERAS, J.: "El delito de violencia familiar en el seno de la familia y otras relaciones análogas de afectividad", Revista Poder Judicial num. 32, CGPJ, Madrid 1993, p. 15.
Véase al respecto: OLMEDO CARDENETE, M.: *El delito de violencia habitual en el ámbito doméstico. Análisis teórico y jurisprudencial*, Ed. Atelier Penal, Barcelona 2001.

3.1. Contenido de la prueba pericial

Indica MAZA MARTÍN[144], que para que la prueba pericial sea útil al juzgador y a las partes, el informe debería contener los siguientes extremos:

1º Si la persona examinada padece o no algún tipo de anomalía, alteración o trastorno psíquico. En caso afirmativo, cuál es su formulación diagnóstica, es decir, cómo se llama, a qué grupo de enfermedades corresponde y cuáles son sus características o manifestaciones clínicas y evolutivas.

2º Si existe anomalía, alteración o trastorno psíquico, hay que explicar las manifestaciones clínicas y la intensidad de las mismas, y cual era la modificación del psiquismo y, en concreto, si resultaban afectadas y cómo, las facultades, en relación a todo lo cognitivo, el conocer, querer, comprender o discernir, o bien la incidencia en la libre determinación de actos voluntarios. Pudiese ocurrir que se detecte patología pero que carezca de esa incidencia sobre la conducta, y por tanto, que no tenga ninguna repercusión a efectos penales.

3º Si la presencia de anomalía, alteración o trastorno se producía justamente en el momento de cometer el hecho delictivo y si, en ese momento, la intensidad era tal que se originaban los efectos requeridos.

4º Es preciso recordar en el informe, y aunque este punto no sea estrictamente propio de la valoración pericial, si existía "relación de sentido" o de causalidad, entre una determinada patología y unos concretos hechos; si los hechos son en definitiva un hecho patológico más de la anomalía, alteración o trastorno, una consecuencia de los mismos o si la conducta y su motivación no están realmente condicionadas por la psicopatología existente.

5º Puede resultar conveniente hacer en el informe una exposición de los criterios pronósticos y evolutivos que ha seguido la anomalía, alteración o trastorno, pues si bien ya no es un elemento decisivo en la valoración de la imputabilidad, sí lo será para poder comprender mejor el diagnóstico efectuado, con relación a la verdadera situación al momento de ocurrir los hechos y las perspectivas futuras, tanto respecto a las dificultades para poder someter al sujeto a juicio oral, como para aplicar algún tratamiento o medida de seguridad ulterior.

6º Informar, si procede, en relación con la capacidad psíquica que sería exigible para poder comparecer al acto de juicio oral, es decir, que el sujeto pueda en ese momento trascendental entender, comprender y defenderse suficientemente; los elementos evaluados en el momento del reconocimiento y elaboración del informe, deberían ser revisados posteriormente dado que pueden producirse evoluciones tanto favorables como desfavorables que, en definitiva, permitan que se pueda celebrar el juicio con garantías o que, en caso contrario, se aplace hasta que exista una mejoría suficiente.

---

[144] MAZA MARTÍN, J.M.: "Problemas actuales de la prueba pericia" en *Jornada de formación sobre la prueba pericial*, Consejo General de la Abogacía española, Madrid 2008.

7º En el caso de aplicación de eximentes o atenuantes, puede ser oportuno plantear en el informe de imputabilidad qué medidas de seguridad podrían ser aconsejables y qué posibilidades asistenciales hay en ese momento (que como se ha referido ya, en el caso de los trastornos de la personalidad son muy escasas e inespecíficas).

En las últimas décadas, los avances técnicos y científicos han tenido un profundo impacto en el ámbito de la prueba pericia, especialmente en el campo de la Genética Forense, la Dactiloscopia, la Lofoscopia o la Antropología Forense. Sin embargo, la incursión de las ciencias ha propiciado también el surgimiento de problemas relacionados directamente con el uso de la prueba científica en los tribunales[145] y el hecho de que cada vez más los tribunales se ocupen de la cientificidad de las nociones que en el proceso se usan como prueba pericial[146]. Indicaba VALLEJO NÁGERA en relación a esto que "los Magistrados y Jueces no deben solicitar de los peritos psiquiatras una doctrina, sino un diagnóstico y un pronóstico de la enfermedad psíquica. Establecido el diagnóstico y el pronostico, jueces y aliancistas infieren facilísimamente si el delito perpetrado es o no una consecuencia directa de la enfermedad mental. A mi modo de entender el peritaje psiquiátrico, éste es el único punto concreto sobre el que debe dictaminar el alienista"[147].

3.2. Contenido de la evaluación psicológica

Establecen MONTESINOS ÁLVAREZ y CHECA GONZÁLEZ que la evaluación psicológica en el contexto forense debe tener tres partes: entrevista clínica, observación conductual y pruebas psicométricas[148].

[145] Lo que la ciencia americana denomina "la Ciencia sube a los estrados": MORIARTY, J.C. & SAKS, M.J.: *Forensic science: gran goals, tragic flaws and judicial gatekeeping*, Judges Journal nº 44, 2006, pp. 16 a 33; GIANELLI, P.C.: *Forensic science: under the microscope*, Ohio Northern University Law Review nº 34, 2008, pp. 315 a 340; MOENSSENS, A.A., HERDERSON, C.E. & PORTWOOD, S.G.: *Scientific evidence in civil and criminal cases*, 5th ed, Foundation press Thomson/West, New york 2007.

[146] DE LUCA, S., NAVARRO, F., CAMARIERE, R.: *La prueba pericial y su valoración en el ámbito judicial español*, Revista electrónica de Ciencia penal y Criminología, núm. 15-19, 2013, pp. 19:1 a 19:14.

[147] VALLEJO NÁGERA, A.: Epílogo de la obra de CODÓN, J.M Y LÓPEZ SÁIZ, L.: *Psiquiatría jurídica penal y civil*, Aldecoa, Burgos 1951.

[148] MONTESINOS ÁLVAREZ, I.Mª; CHECA GONZÁLEZ, M.J.: "Evaluación psicológica en el contexto forense" en *Manual práctico de Psiquiatría Forense..., cit;* pp. 111-127.

ENTREVISTA CLÍNICA

Datos personales
Área familiar
Área escolar
Área laboral
Tratamientos psiquiátricos recibidos
Terapia psicológica recibida
Consumo de drogas
Relato de los hechos
Vivencia subjetiva de los hechos (a nivel cognitivo, fisiológico y conductual)
Expectativas de futuro en general, sobre su vida y en cuanto al procedimiento judicial

OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

Forma de presentarse
Estado nutricional
Cuidado personal
Expresión facial
Tono de voz
Postura
Expresión (lenta, rápida, entrecortada)
Afectividad (si llora, si intenta retener el llanto, etc)
Si necesita descansos durante la realización de las pruebas psicométricas

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS A ADULTOS EN PSICOLOGÍA FORENSE

STAI: Cuestionario de ansiedad estado/rasgo
EAE: Escalas de apreciación de estrés
AF5: Autoconcepto forma 5 (concepto de autoestima)
BDI: Inventario de depresión de Beck
Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático
SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas sobre salud mental
MCMI-II: Inventario clínico multiaxial de Milon-II sobre la personalidad
16PF-5: Cuestionario factorial de personalidad
MMPI-2: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 sobre patrones de personalidad y trastornos emocionales
WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III (capacidad intelectual)
TONI-2: Test de inteligencial no verbal (habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje)
BETA II-R: Instrumento no verbal de inteligencia (capacidad intelecual, expresada en CI)
MMSE: Examen cognoscitivo Mini-Mental (detección rápida de deterioro de las funciones cognoscitivas)
Test Barcelona: Programa integrado de exploración neuropsicológica
LURIA-DNA: Diagnóstico neuropsicológico de adultos (funciones y habilidades)
TRB: Test de retención visual de Benton (percepción visual, memoria visual y habilidades visuoconstructivas)

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PSICOLOGÍA FORENSE

TAMAI: Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (inadaptación personal, social, escolar y familiar)
ESPQ: Cuestionario de personalidad para niños (13 factores primarios de personalidad)
CPQ: Cuestionario de personalidad para niños (14 factores primarios de personalidad)
HSPQ: Cuestionario de personalidad para adolescentes (14 factores primarios de personalidad)
STAIC: Cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo en niños
CMAS-R: Escala de ansiedad manifiesta en niños
WISC-R: Escala de inteligencia de Wechsler para niños (aspecto cuantitativo y cualitativo de la inteligencia)

En relación a la pericial en el ámbito de la violencia de género, a partir de la disposición adicional segunda de la LO 1/2004, se crean las Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI), adscritas a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. Dichas unidades están formadas por un equipo multidicisplinar compuesto por médico, psicólogo y trabajador social forenses. En la actual reforma de la LOPJ se recoge que dichas unidades formarán parte de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (art. 479.3). Se ha propuesto una estructuración de la intervención de estos dispositivos forenses en torno a seis ejes (eje I: el hecho denunciado, eje II: el clima violento, eje III: el riesgo de nuevas agresiones y de muerte homicida, eje IV: las medidas de protección, eje V: valoraciones específicas y eje VI: los casos de muerte) para que la prueba se adapte a las solicitudes del operador jurídico demandante[149]. Sin embargo, en la práctica forense se demandan tanto valoraciones específicas de un aspecto determinado (daño psíquico en las víctimas, valoración de eximentes de responsabilidad criminal en los agresores o predicción del riesgo de reincidencia en estos) como un estudio forense integral (Consejo General del Poder Judicial, 2013)[150].

[149] Véase al respecto el siguiente estudio: DELGADO, A., AGUAR, M., CASTELLANO, M. Y LUNA DEL CASTILLO, J.d.D.: "Validación de una escala para la medición de los malos trastos a mujeres", Revista de Atención primaria, Vol. 38, Issue 2, Elsevier, 2006; pp. 82-89.

[150] MUÑOZ, J.M. y ECHEBURÚA, E.: "Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español", Anuario de Psicología Jurídica núm, 26, Elsevier, 2016; pp. 2-12.

4. La peligrosidad criminal

Con respecto a la peligrosidad criminal del sujeto desde el punto de vista de la medicina legal, es decir, cuando la peligrosidad criminal entendida como actitud o conducta del ser humano plantee problema al Derecho Penal, hemos de referirnos a la consideración que de ésta se hace en el Código penal actual, así como en la Ley General Penitenciaria, en relación con las funciones que encomienda a jueces de vigilancia penitenciaria, casos ambos en que pueden requerir de la medicina legal y forense asesoramiento sobre el pronóstico de peligrosidad criminal que pueda presentar.

El actual Código Penal admite la posibilidad de peligrosidad criminal de la persona, basada en la comisión de un delito previo y que por determinadas circunstancias pueda considerarse que reúne requisitos de peligrosidad, y puede imponer una serie de medidas de seguridad en defensa de la sociedad, dotándolas de garantías constitucionales y procesales, pues su imposición precisa de una peligrosidad criminal probada. Para ello puede solicitarse un informe pericial, el llamado *informe de peligrosidad criminal*, que responderá a dos posibles situaciones:

- Estudio de peligrosidad criminal y emisión de informe sobre la base de un estudio de imputabilidad, ya sea de forma simultánea o posterior a este último.

- Estudio de peligrosidad criminal de un sujeto sin estudio previo de su estado mental.

Si bien ambos persiguen el mismo fin, tiene connotaciones diferentes, pues en el primer caso la prognosis criminal se basará primordialmente en la cuestión patológica de enfermedad y la alteración que ésta produzca en la forma de conocer y actuar, y en el segundo caso, el estudio se basará principalmente en la personalidad del sujeto mentalmente sano. Para su ejecución se puede seguir el mismo modelo de estudio psiquiátrico que se emplea en el estudio de imputabilidad, si bien reforzando diferentes aspectos encaminados a evaluar la peligrosidad sobre la base o no de trastorno mental que altere sus facultades intelectivas y/o volitivas. El esquema es el siguiente[151]:

- Antecedes de hecho: forma de actuar del sujeto en determinada situación o ambiente y evaluar su peligrosidad, la forma en que comete el delito o delitos, si éstos son de tipo violento o no, la diferente tipología de delitos o por el contrario, la unicidad y reincidencia, la simplicidad o complejidad de los mismos, etc. En el caso de trastorno mentales, ver si la continuidad de la carrera delictiva, su reincidencia, violencia ejercida, etc., se relacionan con el estado patológico o por el contrario, son independientes.

- Anamnesis: ambiente social, familiar y laboral en que se desenvuelve el sujeto, con el fin de determinar la influencia en la herencia y le medio en la génesis de la delincuencia, para lo cual se intenta de alguna forma reconstruir la historia familiar y personal del sujeto y su carrera delictiva. Será asimismo de gran importancia la psicobiografía como base del estudio de la personalidad. Interesa en el caso de los trastornos mentales, analizar la enferme-

[151] CHECA GONZÁLEZ, M.J.: *Manual práctico de Psiquiatría Forense ...cit;* pp. 349-365.

dad referida a su pronóstico y establecer si ésta cursa de forma crónica, en brotes y su frecuencia, la capacidad terapéutica, la evolución según su estado actual, si puede tratarse de forma ambulatoria o mediante internamiento en centro psiquiátrico.

- Exploración psíquico-física: actitud ante la exploración y determinación y conclusiones de la exploración tanto física como psíquica.

- Datos complementarios: se solicitan informes al centro penitenciario, no sólo a los servicios médicos sino también a los Equipos de Valoración y Tratamiento, a fin de obtener información sobre la clasificación inicial, respuesta del internamiento, estudios de personalidad, comportamiento, actitud ante los funcionarios y ante los demás reclusos, etc.

- Diagnóstico: a diferencia del estudio de la imputabilidad, en éste, por causa de enfermedad mental, establecer un diagnóstico puede ser esencial, pues sobre él se establecerá un pronóstico. Se ha de establecer un juicio acerca de la presencia o ausencia de trastorno mental, alteraciones conductuales o trastornos de personalidad, drogodependencias y su grado, si es que éstos son la causa de una posible peligrosidad del sujeto.

- Consideraciones médico-forenses: el enfoque varía en relación con estudio de imputabilidad, pues el objetivo es diferente, haciéndose hincapié en los siguientes extremos:

  - Si la persona puede ser considerada peligrosa y su peligrosidad depende de: trastorno mental, personalidad o factores exógenos sociales y ambientales.
  - Establecer un pronóstico de peligrosidad.
  - No puede ser considerada peligrosa.

- Pronóstico: analizar si el estado peligroso del sujeto puede ser perdurable a largo plazo o no, observando los factores educacionales, sociales, laborales, etc.

Resulta de vital importancia determinar con exactitud el nivel de peligrosidad del sujeto, puesto que la determinación de una medida de seguridad en el fallo de la sentencia dependerá precisamente de este concepto.

III. CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES SEGÚN LOS MANUALES INTERNACIONALES DE DIAGNÓSTICO. ESPECIAL MENCIÓN A LOS TRASTORNOS CONOCIDOS COMO NEURÓTICOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

3. Clasificación general de los trastornos mentales según la CIE-10

La CIE-10, acrónimo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima versión, correspondiente a la versión en español de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Su uso está generalizado en todo el mundo y de hecho es el sistema de clasificación de enfermedades cuyo uso es aconsejado por la OMS. La lista CIE-10 tiene su origen en la "Lista de causas de mortalidad", cuya primera edición la realizó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 para explorar estadísticas de morbi-mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM». En EE.UU se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS.

Dentro de la clasificación elaborada por la CIE, cada afección puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

En la CIE-10, los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En la CIE-10 el concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado el permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos, en un sentido particular del término. A continuación se presentan en formato de tabla los epígrafes de la CIE-10 correspondientes a los distintos tipos de trastorno mental. Se destacan aquellos que son objeto de estudio en el presente trabajo de investigación.

Tabla 1: Clasificación de los trastornos mentales según la CIE-10

EPÍGRAFE CIE-10	TIPO DE TRASTORNO MENTAL
F.00-F.09	Demencias y trastornos mentales orgánicos
F.10-F.19	Trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de sustancias psicotropas
F.20-F.29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y otros trastornos de ideas delirantes
F.30-F.39	Trastornos del humor (afectivos)
F.40-F.49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F.50-F.59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F.60-F.69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F.90-F.98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F.99	Trastorno mental sin especificación

A continuación se procede a explicar brevemente cada uno de los trastornos enumerados en la tabla 1, para mejor comprensión del lector.

Demencias y trastornos mentales orgánicos

Esta sección incluye una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, la cuál es una enfermedad o lesión cerebrales u otra afección causante de una disfunción cerebral. A pesar de que el espectro de las manifestaciones psicopatológicas de los trastornos mentales orgánicos es amplio y variado, sus rasgos esenciales pueden agruparse en dos conjuntos principales. Por un lado, los síndromes con trastorno de funciones cognitivas superiores (memoria, inteligencia, etc), y por otro, los síndromes con trastorno de la percepción (alucinaciones), los pensamientos (delirios), el humor y las emociones (depresión, euforia, ansiedad) o en la de los rasgos generales de la personalidad.

Entre ellas tenemos la demencia en la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular u ocasionadas por otras enfermedades o lesiones, síndromes amnésicos, delirios y otros trastornos

mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas

Esta sección incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

Se deben al consumo de alcohol, drogas, tabaco, fármacos o cualquier otras sustancia con acción psicotrópica. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El caso del trastorno esquizotípico está caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno. Y por último, el caso de los trastornos de ideas delirantes, presentan una característica clínica única: ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas.

El principal exponente es la esquizofrenia en sus distintas formas pero también el trastorno esquizotípico, las ideas delirantes persistentes, los trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastornos de ideas delirantes inducidas, trastornos esquizoafectivos y otros trastornos psicóticos no orgánicos o psicosis no orgánica sin especificación. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastornos del humor (afectivos)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a éstas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

En ellos se incluyen la depresión y los episodios depresivos de naturaleza endógena, los episodios maniacos, el trastorno bipolar y otros tipos de trastornos del humor o afectivos persistentes o recurrentes. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. Es frecuente la mezcla de síntomas como la angustia/ansiedad y la depresión, entre otros.
Estos trastornos sí se contemplan en el presente estudio, por lo que los veremos más desarrollados en el siguiente epígrafe.

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

Se trata de diversos tipos de trastornos que afectan por un lado a la conducta alimentaria, por otro lado a los relacionados con el sueño y en último lugar, a los relativos a las disfunciones sexuales.

Incluye los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos no orgánicos del sueño, disfunciones sexuales no orgánicas, trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, trastornos del comportamiento en otras enfermedades o por consumo de sustancias no psicotrópicas. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

Esta sección incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadíos precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Incluye los trastornos específicos de la personalidad (estos trastornos no se contemplan en el presente estudio), los de los hábitos y del control de los impulsos (éstos sí se contemplan en el presente estudio), los de identidad, inclinación y comportamiento sexual (estos trastornos no se contemplan en el presente estudio).

Retraso mental

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental.

Incluye la distinta graduación del retraso mental y otros retrasos mentales (Retraso intelectual especialmente difícil de establecer). Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastornos del desarrollo psicológico

Estos trastornos tienen en común las siguientes características: a) comienzo siempre en la primera o segunda infancia; b) deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central, y c) curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

Incluye los trastornos específicos del habla y el lenguaje, los del aprendizaje escolar, los del desarrollo psicomotor y mixto, el autismo y otros relacionados con el desarrollo psicológico. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Se trata de trastornos que afectan a los niños a adolescentes relacionados con la atención, la hiperactividad, las relaciones sociales, los tics y relacionados con las emociones. Por tanto, son de muy diversa índole, pero la característica fundamental es la edad en la que se manifiestan.

Incluye los trastornos hipercinéticos, los disociales, de las emociones, del comportamiento y trastornos de tics. Estos trastornos no se contemplan en el presente estudio.

Trastorno mental sin especificación

Se trata de una categoría residual no recomendada, para cuando no pueda recurrirse a otro código del capítulo V (F00-F98).

4. Clasificación general de los trastornos mentales según el DSM-5

El DSM es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o DSM desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que las personas interesadas bien sean clínicos o investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales ateniéndose a unos criterios establecidos. La edición vigente es la quinta o DSM-5, publicada en Mayo 2013 y en español un año más tarde.

Con la reciente publicación del DSM-5[152], de la Asociación Americana de Psiquiatría, ha habido un notable cambio en la clasificación de los trastornos mentales. Como la propia introducción del manual indica, en las últimas dos décadas, desde que el DSM-IV fue publicado,

[152] La Asociación Americana de Psiquiatría ha decidido en esta edición modificar la nomenclatura del título, pasando de los números romanos a los arábigos.

se ha producido un progreso real y duradero en áreas como la neurociencia cognitiva, las neuroimágenes cerebrales, la epidemiología y la genética.

El Comité redactor del DSM-5 ha reconocido que los avances de la investigación harán necesarios cambios minuciosos repetidas veces si el DSM quiere conservar su lugar como clasificación de referencia de los trastornos mentales. Un aspecto importante de esta transición deriva del reconocimiento general de que un sistema categórico demasiado rígido no capta la experiencia clínica ni las observaciones científicas más relevantes. Los resultados de numerosos estudios de comorbilidad y de la transmisión de las enfermedades entre las familias constituyen argumentos sólidos que los clínicos han observado desde hace tiempo. Los límites entre muchas categorías de trastornos son más flexibles a lo largo de la vida de lo que el DSM-IV reconocía y muchos síntomas asignados a un solo trastorno se pueden producir, con diferentes grados de gravedad, en otros trastornos.

El DSM-5 se ha diseñado para satisfacer mejor la necesidad que tienen clínicos, pacientes, familias e investigadores científicos de contar con una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, organizada por criterios diagnósticos explícitos y complementada, cuando sea conveniente, con medidas dimensionales que crucen los límites del diagnóstico, e incluyan los factores de riesgo, las características asociadas, los avances de la investigación y las diversas manifestaciones clínicas y sociales[153].

A continuación se presentan en forma de tabla la clasificación de los trastornos según el DSM-5. Se destacan aquellos que son objeto de estudio en el presente proyecto de investigación. Es necesario indicar que este manual no contiene código numérico de epígrafes.

[153] Asociación Psiquiátrica Americana: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) 5ª ed*, Ed. Arlington, VA, Panamericana Editorial Médica, Madrid 2014, p. 5.

Tabla 2: Clasificación de los trastornos mentales según el DSM-5

TIPO DE TRASTORNO MENTAL
Trastornos del neurodesarrollo
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastorno bipolar y trastornos relacionados
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos asociados
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
Trastornos disociativos
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos
Trastornos de la excreción
Trastornos del sueño-vigilia
Disfunciones sexuales
Disforia del género
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (juego patológico)
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de la personalidad
Trastornos parafílicos
Otros trastornos mentales
Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

A continuación se procede a explicar brevemente cada uno de los trastornos enumerados en la tabla 2, para mejor comprensión del lector.

Trastornos del neurodesarrollo

Grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

Incluye la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), trastornos de comunicación, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje y trastornos motores.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Estos trastornos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

Incluye el trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a otra afección médica, catatonía asociad a otro trastorno mental, catatonía debido a otra afección médica y otros sin especificación.

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

Son trastornos donde conviven un episodio maníaco/hipomaníaco y otro de depresión mayor. En ocasiones son trastornos derivados del consumo excesivo de sustancias o medicamentos.

Incluye el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar, trastorno relacionado debido a otra afección médica y trastorno bipolar y relacionado no especificado.

Trastornos depresivos

El rasgo común de estos trastornos es la presente de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presencia temporal o la supuesta etiología.

Incluye el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno depresivo no especificado.

Trastornos de ansiedad

Son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Las crisis de pánico se presentan principalmente con las crisis de ansiedad como respuesta al miedo.

Incluye el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad inducido pos sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad no especificado.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastornos asociados

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Los otros trastornos relacionados también se caracterizan por preocupaciones y por conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a las preocupaciones, o esto mismo pero centradas en el cuerpo (tirarse del pelo, pellizcarse la piel, etc) e intentos de disminuir o detener estas conductas repetitivas.

Incluye el TOC, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de excoriación, TOC y trastornos relacionados inducidos pos sustancias/medicamentos, TOC y trastornos relacionados debidos a otra afección médica y TOC y otros trastornos relacionados no especificados.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico. El malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas están dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad.

Incluye el trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación y otro trastorno relacionando con traumas y factores de estrés no especificado.

Trastornos disociativos

Se caracterizan por un interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico.

Incluye el trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa, trastorno de despersonalización/desrealización, otro trastorno disociativo no especificado.

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Estos trastornos comparten una característica común: la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativos.

Incluye el trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión, trastorno facticio, otro trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

Incluye la pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Trastornos de la excreción

Estos trastornos implican la eliminación inapropiada de orina o heces y se suelen diagnosticar por primera vez durante la infancia o la adolescencia.

Incluye la enuresis, encopresis, otro trastorno de excreción no especificado.

Trastornos del sueño-vigilia

Estos trastornos son los que presentan los sujetos que tienen típicamente insatisfacción con la calidad, el horario y la cantidad del sueño. El malestar resultante durante el día y el deterioro son rasgos centrales compartidos por todos estos trastornos del sueño-vigilia. Se acompañan con frecuencia de depresión, ansiedad y cambios cognitivos que deben tenerse en cuenta en la planificación del tratamiento y en su manejo.

Incluye el insomnio, hipersomnia, narcolepsia, trastornos relacionados con la respiración, trastornos del despertar del sueño no REM, otro trastorno del sueño-vigilia no especificado.

Disfunciones sexuales

Son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias a la vez.

Incluye la eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor génico-pélvico/penetración, trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, eyaculación prematura (precoz), disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, otra disfunción sexual no especificada.

Disforia del género

Este trastorno hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado.

Incluye la disforia de género en niños, otra disforia de género no especificada.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Son afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Se trata de conductas que violan los derechos de los demás (agresión, destrucción de la propiedad, etc) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad.

Incluye el trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta, trastorno de personalidad antisocial, piromanía, cleptomanía, otro trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta no especificado.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Los trastornos por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con ella.

Los trastornos inducidos por sustancias incluyen la intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos. La característica esencial se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia.

Los trastornos no relacionados con sustancias (juego patológico) es persistente y recurrente, y provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro o más de los criterios que aparecen en esta sección , durante al menos 12 meses.

Incluye los trastornos relacionados con sustancias (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias), trastornos inducidos por sustancias, trastornos relacionados con otras sustancias o sustancias desconocidas, trastornos no relacionados con sustancias (juego patológico).

Trastornos neurocognitivos

Se trata de cuadros clínicos en los que predominan los síntomas característicos de un delirium/demencia que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Incluye el delirium, otro delirium no especificado, trastornos neurocognitivos mayores y leves y otro trastorno neurocognitivo no especificado.

Trastornos de la personalidad

Se trata de un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. Se dividen en grupos.

Trastornos parafílicos

El término parafilia denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales. El trastorno parafílico es una parafilia que causa malestar o deterioro en el individuo o una parafilia cuya satisfacción conlleva un perjuicio personal o riesgo de daño a terceros. La parafilia es un condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico.

Incluye el voyeurismo, exhibicionismo, frotteurismo, masoquismo sexual, sadismo sexual, pedofilia, fetichismo, travestismo, otro trastorno parafílico no especificado.

Otros trastornos mentales

Esta categoría residual se aplica a aquellas presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental, que producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental específico del DSM-5.

Incluye el trastorno mental especificado debido a otra afección médica, trastorno mental no especificado debido a otra afección médica, otro trastorno mental especificado y otro trastorno mental no especificado

Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos

Los trastornos incluidos en esta sección no son mentales. Aunque estos trastorno motores se califican como inducidos por medicamentos, con frecuencia es difícil establecer la relación causal entre la exposición a los medicamentos y la aparición del trastornos motor, sobre todo, porque a veces se producen incluso en ausencia de los medicamentos. El término neuroléptico se está convirtiendo en obsoleto porque acentúa la tendencia de los antipsicóticos a causar movimientos anómalos, y en muchos contextos se está sustituyendo por el término antipsicótico.

Incluye: Parkinsonismo inducido por neurolépticos, Parkinsonismo inducido por otro medicamentos, síndrome neuroléptico maligno, distonía aguda inducida por medicamentos, actisia aguda inducida por medicamentos, discinesia tardía, distonía tardía, acatisia tardía, temblor postural inducido por medicamentos, otro trastorno motor inducido por medicamentos, síndrome de suspensión de antidepresivos y otro afecto adverso de medicamentos.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Este apartado contiene otras afecciones y problemas, merecedores de atención clínica o que pueden afectar de alguna otra forma al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente. No son trastornos mentales.

Incluye: problemas de relación, maltrato/negligencia, problemas educativos y laborales, problemas de vivienda y económicos, otro problemas relacionados con el entorno social, problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal, otros encuentros con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico, problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales, otras circunstancias de la historia personal.

Una vez enumerados y someramente definidos los grupos de trastornos recogidos en los dos manuales con la finalidad de que el lector tenga una visión general de los mismos, procederemos a revisar la clasificación que estos mismos manuales hacen de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, por ser los que nos ocupan en la presente tesis doctoral.

5. Clasificación de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos según la CIE-10

A continuación se exponen los trastornos neuróticos (tabla 3) y los del control de los impulsos (tabla 4) recogidos en la CIE-10. Se han sombreado aquellos trastornos que son objeto de estudio pormenorizado.

Tabla 3: Trastornos neuróticos según la CIE-10

TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS
Trastornos de ansiedad fóbica
Agorafobia
Sin trastorno de pánico
Con trastorno de pánico
Fobias sociales
Fobias específicas (aisladas)
Otros trastornos de ansiedad fóbica
Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno mixto ansioso-depresivo
Otro trastorno mixto de ansiedad
Otros trastornos de ansiedad especificados
Trastorno de ansiedad sin especificación
Trastorno obsesivo-compulsivo
Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
Otros trastornos obsesivo-compulsivos
Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
Reacción a estrés agudo
Trastorno de estrés post-traumático
Trastornos de adaptación
Reacción depresiva breve
Reacción depresiva prolongada
Reacción mixta de ansiedad y depresión
Con predominio de alteraciones de otras emociones
Con predominio de alteraciones disociales
Con alteraciones de las emociones y di sociales mixtas
Con otros síntomas predominantes especificados
Otras reacciones a estrés grave
Reacción a estrés grave sin especificación
Trastornos disociativos (de conversión)
Amnesia disociativa
Fuga disociativa
Estupor disociativo
Trastornos de trance y de posesión
Trastornos disociativos de la motilidad
Convulsiones disociativas
Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas
Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
Otros trastornos disociativos (de conversión)
Síndrome de Ganser
Trastorno de personalidad múltiple
Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia
Otro trastorno disociativo (conversión) específico
Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación
Trastornos somatomorfos
Trastorno de somatización
Trastorno somatomorfo indiferenciado
Trastorno hipocondríaco
Disfunción vegetativa somatomorfa
Corazón y sistema cardiovascular
Tracto gastrointestinal alto
Tracto gastrointestinal bajo
Sistema respiratorio
Sistema urogenital
Otros órganos y sistemas
Trastorno de dolor persistente somatomorfo
Otros trastornos somatomorfos
Trastorno somatomorfo sin especificación
Otros trastornos neuróticos
Neurastenia
Trastorno de despersonalización-desrealización
Otros trastornos neuróticos especificados
Trastorno neurótico sin especificación

Tabla 4: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto según la CIE-10

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO
Trastornos específicos de la personalidad
Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno disocial de la personalidad
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad
Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
Trastorno dependiente de la personalidad
Otros trastornos específicos de la personalidad
Trastorno de la personalidad sin especificación
Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
Trastornos mixtos de la personalidad
Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62
Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica
Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica
Otras transformaciones persistentes de la personalidad
Transformación persistente de la personalidad sin especificación
Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
Ludopatía
Piromanía
Cleptomanía
Tricotilomanía
Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (Incluye: trastorno explosivo intermitente)
Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación
Trastornos de la identidad sexual
Transexualismo
Transvestismo no fetichista
Trastorno de la identidad sexual en la infancia
Otros trastornos de la identidad sexual
Trastorno de la identidad sexual sin especificación
Trastornos de la inclinación sexual
Fetichismo
Transvestismo fetichista
Exhibicionismo
Escoptofilia (voyeurismo)
Paidofilia
Sadomasoquismo
Trastornos múltiples de la inclinación sexual
Otros trastornos de la inclinación sexual
Trastorno de la inclinación sexual sin especificación
Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales
Trastorno de la maduración sexual
Orientación sexual egodistónica
Trastorno de la relación sexual
Otros trastornos desarrollo psicosexual
Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación
Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
Elaboración psicológica de síntomas somáticos（neurosis de renta)
Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas
Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados
Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación

Una vez presentada la clasificación general, se procede a dar una breve definición según la CIE-10 de cada uno de los trastornos enumerados con anterioridad.

TRASTORNOS NEURÓTICOS

Trastorno de ansiedad fóbica

En este grupo de trastornos la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo. Incluye las siguientes:

Agorafobia: Este trastorno se refiere no sólo a lugares abiertos sino también temor a la multitud y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro. El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas. Están presentes a menudo síntomas depresivos, obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en cuadro clínico. F.40.0. Puede darse con trastorno de pánico (F.40.00) o sin trastorno de pánico (F.40.01).

Fobias sociales: Suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y llevan a evitar situaciones sociales determinadas. F.40.1.

Fobias específicas (aisladas): Restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, alturas, truenos, oscuridad, viajar en avión, espacios cerrados, tener que utilizar urinarios públicos, ingerir ciertos alimentos, acudir al dentista, visión de la sangre, etc. Incluye también: zoofobia, claustrofobia, acrofobia, fobia a los exámenes y fobia simple. F.40.2.

Otros trastornos de ansiedad fóbica sin especificación. F.40.9

Otros trastornos de ansiedad

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves. Incluye los siguientes:

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica): Presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. F.41.0.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Incluye: estado de ansiedad, neurosis de ansiedad y reacción de ansiedad. F.41.1.

Trastorno mixto ansioso-depresivo (trastorno de adaptación): Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. F.41.2.

Otro trastornos mixtos de ansiedad: Esta categoría debe utilizarse para aquellos trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F49, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. F.41.3.

Otros trastornos de ansiedad especificados: ansiedad histérica. F.41.8.

Trastornos de ansiedad sin especificación. F.41.9.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por si mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir. Incluye los siguientes:

TOC con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivas: Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo. F.42.0.

TOC con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos): La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. F.42.1.

TOC con mezcla de pensamientos y actos obsesivos: La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos. F.42.2.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos. F.42.8.

TOC sin especificación. F.42.9.

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Esta sección incluye trastornos que se identifican por tener antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que dé lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Incluye los siguientes:

Reacción a estrés agudo: Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. F.43.0.

Trastorno de estrés postraumático: Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por si mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). F.43.1.

Trastornos de adaptación: Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). Incluye: Reacción depresiva breve, Reacción depresiva prolongada, Reacción mixta de ansiedad y depresión, Con predominio de alteraciones de otras emociones, Con predominio de alteraciones disociales, con alteración mixta de las emociones y disociales. F.43.2.

Reacción depresiva breve: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes. F.43.20.

Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años. F.43.21.

Reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3). F.43.22.

Con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. F.43.23.

Con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial. F.43.24.

Con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas. F.43.25.

Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados. F.43.28.

Otras reacciones a estrés graves. F.43.8.

Reacción a estrés grave sin especificación. F.43.9.

Trastornos disociativos (de conversión)

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Incluye los siguientes:

Amnesia disociativa: La característica principal de este trastorno es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos. F.44.0.

Fuga disociativa: Tiene todas las características de una amnesia disociativa, a la que se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. F.44.1.

Estupor disociativo: El comportamiento del enfermo satisface las pautas de estupor, pero la exploración clínica y la anamnesis ponen de manifiesto la falta de una etiología somática. Se diagnostica por la disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y la respuesta normal a los estímulos externos tales como la luz, los ruidos y el ser tocado. F.44.2.

Trastorno de trance y de posesión: Son trastornos en los que hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". F.44.3.

Trastorno disociativo de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad: En estos trastornos hay una pérdida o alteración de la funciones motriz o de la sensibilidad (generalmente cutánea), de acuerdo con las cuales el enfermo parece tener una enfermedad somática, pero no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas. F.44.4-F.44.7.

Trastorno disociativo de la motilidad: Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. INCLUYE: afonía psicógena y disfonía psicógena. F.44.4.

Convulsiones disociativas: Pueden imitar a los ataques epilépticos. F.44.5.

Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas: Las áreas de anestesia de la piel suelen tener unos límites que hacen evidente que están más bien relacionadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales que con los principios de la psicopatología de los síntomas somáticos. Puede haber también una discrepancia entre las pérdidas de modalidades sensoriales distintas que no puede explicarse por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias. Incluye: sordera psicógena. F.44.6.

Trastorno disociativo (de conversión) mixto: La mezcla de trastornos especificados anteriormente (F44.0-F44.6) debe codificarse aquí. F.44.7.

Otros trastornos disociativos (de conversión):

Síndrome de Ganser: Caracterizado por pararrespuestas, por lo general acompañadas de varios otros síntomas disociativos, y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena. F.44.80.
Trastorno de personalidad múltiple: El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única. F.44.81.

Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia. F.44.82.

Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados. Incluye: confusión psicógena, estado crepuscular psicógeno. F.44.88.

Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación. F.44.9.

Trastornos somatomorfos

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Incluye los siguientes:

Trastorno de somatización: Presencia reiterada de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. Incluye: trastorno psicosomático múltiple trastorno de quejas múltiples. F.45.0.

Trastorno somatomorfo indiferenciado: Esta categoría debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Incluye: trastorno psicosomático indiferenciado. F.45.1.

Trastorno hipocondriaco: La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una, o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Incluye: hipocondría, neurosis hipocondriaca, nosofobia, dismorfofobia (no delirante), trastorno corporal dismórfico. F.45.2.

Disfunción vegetativa somatomorfa: el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio . F.45.3.

Del corazón y sistema cardiovascular: Incluye: neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa. F.45.30.

Del tracto gastrointestinal alto: Incluye: neurosis gástrica, aerofagia psicógena, hipo psicógeno, dispepsia psicógena y piloroespasmo psicógeno. F.45.31.

Del tracto gastrointestinal bajo: Incluye: flatulencia psicógena, meteorismo psicógenos, colon irritable psicógeno y diarreas psicógenas. F.45.32.

Del sistema respiratorio: Incluye: hiperventilación psicógena y tos psicógena. F.45.33.

Del sistema urogenital: Incluye: disuria psicógena, polalquiuria psicógena y vejiga nerviosa. F.45.34.

Trastorno del dolor somatomorfo persistente: La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. Incluye: Psicalgia, dlumbalgia psicógena, cefalea psicógena y dolor somatomorfo psicógeno. F.45.4.

Otros trastornos somatomorfos: En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el orígen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular. F.45.8.

Trastorno somatomorfo sin especificación: Incluye: trastorno psicofisiológico sin especificación y trastorno psicosomático sin especificación. F.45.9.

Otros trastornos neuróticos

Neurastenia: Queja de aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental que suele acompañarse de una disminución del rendimiento laboral o de la eficiencia para resolver las tareas cotidianas. F.48.0.

Trastorno de despersonalización-desrealización: El individuo se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos (faltos de espontaneidad). F.48.1.

Otros trastornos neuróticos especificados: En esta categoría se incluyen trastornos mixtos del comportamiento, creencias y emociones que son de etiología y nosología no clara, que se presentan en ciertas culturas con especial frecuencia. Incluye: trastorno de Bricquet, síndrome de Dhat, neurosis ocupacional, calambre del escribiente, psicastenia, neurosis piscasténica y síncope psicógeno. F.48.8.

Trastorno neurótico sin especificación: neurosis sin especificación. F.48.9.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO

En este apartado tan sólo nos detendremos en los que son objeto del presente estudio, esto es, los trastornos del control de los impulsos (F.63-F.69), descartando los demás. La razón de seleccionar estos y no el resto de los que aparecen en este epígrafe es sencillamente porque la propia jurisprudencia los asemeja a los trastornos neuróticos por la sintomatología de los mismos: la impulsividad, la falta de control de la voluntad, etc. Por tanto, pensamos que sería con-

veniente incluirlos en el presente estudio y dedicarles la misma atención que a la neurosis y los trastornos neuróticos.

Ludopatía: consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante. F.63
Piromanía: Se trata de un comportamiento caracterizado por la reiteración de actos o intentos de prender fuego a las propiedades u otros objetos, sin motivo aparente junto con una insistencia constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Estas personas pueden estar también interesadas de un modo anormal por coches de bomberos u otros equipos de lucha contra el fuego, con otros temas relacionados con los incendios y en hacer llamadas a los bomberos. F.63.1
Cleptomanía: Se trata de un trastorno que se caracteriza porque el individuo reiteradamente fracasa en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos. Por el contrario los objetos pueden desecharse, regalarse o esconderse. F.63.2
Tricotilomanía: Se trata de un trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello debida al fracaso reiterado para resistir los impulsos de arrancarse el pelo. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y se sigue de una sensación de alivio o gratificación. Este diagnóstico no debe hacerse si existe previamente una inflamación de la piel o si el pelo es arrancado como respuesta a una idea delirante o a una alucinación. F.63.3
Otros trastorno de los hábitos y del control de los impulsos: Esta categoría debe usarse para otras clase de comportamiento desadaptativo repetido y persistente, no secundario a un síndrome psiquiátrico reconocido y en el cual el enfermo fracasa repetidamente en su intento de resistirse a los impulsos de llevarlo a cabo. Además hay un período prodrómico de tensión y un sentimiento de alivio en el momento de realizar el acto. Incluye: trastorno explosivo intermitente. F.63.8

OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO: ELABORACIÓN PSICOLÓGICA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

En este mismo epígrafe de la CIE-10, se encuentra la categoría NEUROSIS DE RENTA[154], que consiste en un trastorno en el que los síntomas somáticos compatibles con un tras-

[154] El término neurosis de renta o neurosis de compensación fue introducido por el alemán RIGLER en 1879 para describir el aumento de discapacidades después de sufrir accidentes ferroviarios tras la aprobación en Alemania en 1871 de las leyes de compensación. Aquellos casos en los que se percibe que la capacidad referida por el paciente es desproporcionada a la lesión orgánica tras un traumatismo y en los que existe la perspectiva de una compensación económica, suelen ser orientados como neurosis de compensación. Véase: RIGLER, CTJ: *Uber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen*, Berlin, 1879; CRESPO BLANCO, J. y MENCHÓN MAGRIÑÁ, J.M. (S.E.P.B.): "Neurosis de renta y simulación" en

torno, enfermedad o incapacidad física confirmadas y originalmente debidos a uno de ellos, son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo. Así se desarrolla un síndrome comportamental de búsqueda de atención (histriónico) que a menudo incluye también quejas que no son de origen somático (y por lo general no específicas). F.68.

4. Clasificación de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos según el DSM-5

A continuación se exponen los trastornos neuróticos y los del control de los impulsos (tabla 5) recogidos en el DSM-5. En ese caso, como puede apreciarse, no viene catalogados como neuróticos, sino recogidos en función de la sintomatología de cada uno de ellos.

Tabla 5: Tipo de trastornos neuróticos y del control de los impulsos según el DSM-5

TIPO DE TRASTORNOS
Trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y Trastornos relacionados
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
Trastornos disociativos
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta
Trastornos adictivos no relacionados con sustancias (juego patológico)

Una vez presentada la clasificación general, se procede a dar una breve definición según el DSM-5 de cada uno de los trastornos enumerados con anterioridad en la tabla 5.

Trastornos neuróticos…cit., p. 449 (introducción) y pp. 451-459; GISBERT, M.S., VERDÚ, F.A., VICENT, R.: *Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*…cit, p. 176.

Trastornos de ansiedad

Son aquellos trastorno que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Incluye los siguientes:

Trastorno de ansiedad por separación: ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o del personas a las que se está vinculado.

Mutismo selectivo: timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social.

Fobia específica: miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos (estímulos fóbicos).

Trastorno de ansiedad social (Fobia social): intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que le individuo puede ser analizado por los demás.

Trastorno de pánico: ataques de pánico inesperados y recurrentes durante unos minutos con al menos 4 de los 13 síntomas posibles.

Agorafobia: intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (uso de transportes públicos, espacios cerrados, estar fuera de casa solo, etc).

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): ansiedad o preocupación excesivas acerca de una serie de acontecimientos o actividades, siendo difícil el autocontrol.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: síntomas prominentes de pánico o ansiedad debido a los efectos de una sustancia.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica.

Otro trastorno de ansiedad especificado: Ataques sintomáticos limitados; ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente; Khyal cap (ataque del viento); ataque de nervios.

Otro trastorno de ansiedad no especificado: síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas, pero que no cumplen todos los criterios de los anteriores.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastornos relacionados

Se trata de un grupo de trastornos encabezados por el TOC y seguidos de todos aquellos relacionados. Tienen en común la presencia de obsesiones y/o compulsiones.

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientas que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a hacer en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Incluye los siguientes:

TOC: presencia de obsesiones y compulsiones, o ambas.

Trastorno dismórfico corporal: preocupación por uno o más defectos de su apariencia física.

Trastorno de acumulación: dificultad persistente para deshacerse o separarse de posesiones, independientemente de su valor real.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo): arrancarse el pelo puede ir acompañado de comportamientos o rituales que impliquen el pelo.

Trastorno de excoriación (rascarse la piel): rascado recurrente de la propia piel.

TOC y Trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos: síntomas prominentes del TOC y sus trastornos relacionados que se atribuyen al consumo de una sustancia.

TOC y Trastornos relacionados debidos a otra afección médica: presencia de síntomas obsesivo-compulsivos significativos u afines cuya explicación es que son consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionaos especificados: Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales, Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos, Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo.

TOC y otros trastornos relacionados no especificados: predominan los síntomas característicos de un TOC y trastornos relacionados pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los anteriores.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico. El malestar es bastante variable. Incluye los siguientes:

Trastorno de apego reactivo (lactancia y primera infancia): apego notablemente alterado e inadecuado para el desarrollo, en el que el niño raramente recurre a la figura de apego para su comodidad, apoyo, protección y crianza. Por tanto, ausencia de apego o apego poco desarrollado.

Trastorno de relación social desinhibida: comportamiento culturalmente inapropiado, demasiado familiar con personas relativamente extrañas.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT): desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.

Trastorno de estrés agudo: desarrollo de síntomas característicos con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.

Trastornos de adaptación: presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable.

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado: Trastorno del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés, Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés, Ataque de nervios, otros síndromes culturales, Trastorno de duelo complejo persistente.

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado: predominan lo síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los anteriores.

Trastornos disociativos

Se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Los síntomas pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico. Incluye los siguientes:

Trastorno de identidad disociativo: presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión.

Amnesia disociativa: incapacidad para recordar información importante autobiográfica.

Trastorno de despersonalización/desrealización: episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas. Sensación de irrealidad o extrañeza, o distanciamiento de uno mismo en general.

Otro trastorno disociativo especificado: Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos, Alteración de la indemnidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa, Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes.

Trastorno disociativo no especificado: predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los anteriores.

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Todos los trastornos de este capítulo comparten la característica común de la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativos. Incluye los siguientes:

Trastorno de síntomas somáticos: presencia de múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria.

Trastorno de ansiedad por enfermedad: preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada. No aparecen síntomas somáticos o son muy leves.

Trastornos de conversión (trastornos de síntomas neurológicos funcionales): presencia de síntomas diversos: motores, sensoriales.

Trastorno facticio: simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado.

Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados: Trastorno de síntomas somáticos breve, Trastorno de ansiedad por enfermedad breve, Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud, Pseudociesis.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados: presencia de síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los anteriores.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Este tipo de trastornos incluye afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (agresión, destrucción de la propiedad, etc) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de la autoridad. Incluyen los siguientes:

Trastorno negativista desafiante: patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas.

Trastorno explosivo intermitente: arrebatos agresivos impulsivos o basados en la ira que presentan un inicio rápido y típicamente un escaso o nulo período prodrómico. Suelen durar unos 30 min. La magnitud de la agresividad es muy desproporcionada.

Trastorno de conducta: patrón de conducta persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad.

Piromanía: presencia de varios episodios de provocación deliberada e intencionada de incendios.

Cleptomanía: reiterada imposibilidad de resistir el impulso de robar objetos aunque éstos no sean necesarios ni para el uso personal ni por su valor monetario.

Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado: predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan malestar clínicamente significativo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los anteriores.

Trastornos adictivos no relacionados con sustancias

Esta categoría se encuentra dentro del capítulo “trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, pero tan sólo nos centraremos en el juego patológico, también conocido como ludopatía, por ser objeto del presente estudio.

El juego patológico es un comportamiento disfuncional persistente y recurrente que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro o más de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses: necesidad de

apostar cantidades de dinero cada vez mayores; nerviosismo e irritación cuando intenta reducir el juego; esfuerzos repetidos por controlar o reducir el juego, sin éxito; a menudo tiene la mente ocupada con el juego; apuesta cuando siente desasosiego; después de perder dinero suele volver para recuperarlo; miente para ocultar su grado de implicación: ha puesto en peligro o perdido una relación, un empleo o una carrera académica y cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada.

IV. NEUROSIS Y TRASTORNOS NEURÓTICOS. APROXIMACIÓN PSICO-BIOLÓGICA DESDE UNA PERSPECTIVA PENAL

1. Introducción al concepto de neurosis y trastorno neurótico

Antes de centrarnos y desarrollar el concepto de trastorno neurótico según las terminología más actual, se hace necesario considerar un concepto previo como es el término *neurosis*. Consideramos que esto debe ser así porque la evolución médica y científica de los conocimientos en esta materia no ha ido ocurriendo, ni se ha ido trasladando, con la misma velocidad en el ámbito jurídico. Por otra parte, la jurisprudencia se basa en actuaciones previas, a veces de cierta antigüedad, basadas en un estado de conocimiento diferente al que se posee en la actualidad, haciéndose pues necesario enfocar el problema también desde una perspectiva histórica.

El término *neurosis* fue creado por WILLIAM CULLEN[155] en 1769 para englobar una serie de enfermedades nerviosas que se caracterizaban por ser *reacciones preternaturales*, es decir, una desviación estadística de lo normal. La obra de este autor significó una gran ampliación del número de especies morbosas consideradas como neurosis[156].

Posteriormente, ya en torno a 1930, SCHNEIDER[157] las denominó *reacciones vivenciales anormales*. Hoy día se conocen como trastornos de ansiedad de evolución crónica y muchos autores las definen como *reacciones desadaptativas*. En la actualidad, la Real Academia de la Lengua define el término neurosis como "enfermedad funcional del sistema nervioso caracterizada principalmente por inestabilidad emocional"[158]. El paciente neurótico se caracteriza por el desequilibrio de los aspectos emocionales e instintivos de su dinámica interna, capaz de generar una tensión interna y dificultades para la relación interpersonal. A diferencia del psicótico, el individuo neurótico conserva intacto el juicio de la realidad y lucha, aunque con especial dificultad y mediante mecanismos anómalos, por adaptarse a ella.

En las neurosis hay dos grandes enfoques clásicos. El primero es el de FREUD. Su punto de partida consiste en considerar lo psíquico como somático. Desde su punto de vista, las neurosis son el producto de una dinámica conflictiva inconsciente de la que la persona, el *yo,* intenta defenderse con mecanismos poco adaptativos y bastante inmaduros. Esta connotación etiopatogénica no ha sido aceptada por todas las escuelas clínicas. El segundo enfoque, defendido entre otros por LÓPEZ IBOR, que considera las neurosis como enfermedades del ánimo, formando parte del estrato de los sentimientos vitales, es decir, los más anclados en corporali-

---

[155] CULLEN, W. (1710-1790): Médico y químico escocés. Acuñó la palabra *neurosis*, término que fue el primero en utilizar en 1769. Se vio influido por Newton que le hizo tener una interpretación vitalista del concepto de enfermedad. Cullen consideró que lo que él llamó «irritabilidad» del sistema nervioso se asociaba al tono general del organismo, estando ambos determinados por un *fluido* que supuestamente llenaría el sistema nervioso.
Para Cullen la neurosis consistiría en irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido y otros síntomas similares producidos por la alteración del sistema nervioso o, en su propia terminología, de los *fluidos neurales*.
Su concepción era parte de la llamada *moda neurocéntrica* que se dio en la segunda mitad del siglo XVIII y que conceptualizó los trastornos emocionales como alteraciones del sistema nervioso.

[156] LÓPEZ PIÑERO, J.Mª.: *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Alianza Ed, Madrid 1985, pp. 13-36.

[157] Vease SCHNEIDER, K.: *Patopsicología Clínica*, 4ª ed., Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1975.

[158] Diccionario de la Real Academia de la Lengua (www.rae.es).

dad. Se crea así el término de *angustia vital*, en analogía a la *tristeza vital* que caracteriza a las depresiones.

El concepto de neurosis, desde estas perspectivas globales, se considera hoy día desfasado y poco preciso. Las nuevas clasificaciones internaciones tienden a evitar el término neurosis poniendo el énfasis en la descripción de las manifestaciones clínicas y en el curso de los diferentes síndromes, pasando a denominar a los trastornos en función de las características clínicas predominantes[159].

2. Perspectiva histórica. principales escuelas de autores

La historia de las neurosis ha transitado por tres épocas, según *Neurosis, Tratado de patología y clínica médicas,* escrito por MONTSERRAT-ESTEVE[160] en 1942[161]:

El término neurosis fue inicialmente propuesto por CULLEN en 1769, como hemos visto, en referencia a los trastornos sensitivos y motores causados por enfermedades del sistema nervioso. Utilizó dicho término primero en su *Synopsis nosologiae methodicae* en 1769 y después, en sus *First Lines of the Practice of Psysick*[162] en 1777. Se trata de un hecho histórico firmemente establecido que ha sido reconocido por la práctica totalidad de los autores que se han ocupado del tema. La única nota disonante corresponde a tres seguidores del romanticismo médico alemán que, en obras publicadas entre 1835 y 1841, atribuyeron la paternidad del término a FELIX PLATTER[163]. Tal afirmación, sin embargo, constituye una mera curiosidad, ya

---

[159] LÓPEZ IBOR, J.J.: "Prólogo", en *Trastornos Neuróticos* (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica), Barcelona, 2002, Psiquiatría Editores.

[160] MONTSERRAT-ESTEVE, S. (1910-1994): Psiquiatra catalán. Obras más destacadas: *Neurosis* (1942), *Medicina Psicosomática, neurosis y psicopatías* (1955), *Nueva técnica para el estudio de los vértigos* (1955), *Cibernética y psicología médica* (1956), *Contribución al estudio del lenguaje esquizofrénico* (1957), *Contribución al estudio de la historia de la Psicoterapia en España* (1961), *Análisis timodinámico de los cuadros obsesivos* (1962), *Interpretación cibernética de los cuadros obsesivos y sus implicaciones terapéuticas* (1963), *Egostasis* (1969), *Bases bioquímicas de la angustia (1972), Psicología y Física* (1980).

[161] VALLEJO RUILOBA, J., BALDOMERO BACA, E., CERVERA ENGUIX, S., GINER UBAGO, J., LEAL CERCÓS, C. y ROCA BENNASAR, M. (S.E.P.B.): "Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general" en *Trastornos Neuróticos*, Psiquiatría Editores, Barcelona 2002, p. 1, que referencia a MONSERRAT-ESTEVE, S.: *Neurosis, Tratado de patología y clínica médicas*, 4ª ed, Tomo 4, Salvat, Barcelona 1969.

[162] Obra en la que CULLEN realiza la siguiente definición: "Me propongo aquí comprender bajo el título de *neurosis* a todas las enfermedades del sentido y del movimiento, en las que la pirexia no constituye una parte de la enfermedad primitiva; y a todas las que no dependen de una afección local de los órganos sino de una afección más general del sistema nervioso y de las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento"; Traducción al castellano, Vol. II, p. 455, Edimburgh, 1789.

[163] PLATTER, F. (1536-1614): Médico suizo reconocido por su clasificación de las enfermedades psiquiátricas. Obras más reconocidas: *Observationes: Krankheitsbeobachtungen in drei Büchern. 1. Buch*: funktionelle Störungen des Sinnes und der Bewegung. Übers. v. Günther Goldschmidt. Bearb. eds. v. Heinrich Buess. Berna, Stuttgart: Huber 1963; *Tagebuch (Lebensbeschreibung) 1536-1567.* Ed. v. Valentin Lötscher. Basilea, Stuttgart: Schwabe 1976.

que está basada en un tosco error provocado por el término "functioum laesiones" que Platter empleó en su tratado de medicina práctica.

Las neurosis según Cullen se dividían en cuatro órdenes:

- Comata: movimientos voluntarios disminuidos, con sopor o cesación de los sentidos. incluye la apoplejiía y las parálisis.

- Adynamiae: movimientos involuntarios, vitales o naturales, disminuidos. Incluye los síncopes, la disespsia, la hipocondría y las clorosis.

- Spasmi: movimientos anormales de los músculos o de las fibras musculares. Incluye el tétanos, el trismo, la epilepsia, las palpitaciones, el asma, la tosferina, la pirosis, el cólico, las diarreas, la diabetes, la hidrofobia y la misma histeria.

- Vesaniae: funciones alteradas de la mente judicativa, sin paerexia ni coma. Incluye la amencia, la melancolía, la manía y la somnolencia.

Junto a la difusión del concepto de Cullen, aparecieron otras imágenes que hay que considerar paralela a la suya. En 1772, MACBRIDE[164] publicó un sistema nosológico basado también en la "neuralpatología", distinguiendo cuatro clases de enfermedades: universales, tópicas o locales, sexuales e infantiles[165].

Durante la primera mitad del S. XIX Alemania ocupó una posición peculiar en el conjunto de la medicina europea. En aquella época la expresión típica fue la llamada Medicina especulativa romántica o Naturphilosophie, que se encargaba de designar un complejo movimiento de la Alemania romántica que utilizó como método la especulación basada en los supuestos del filósofo idealista SHELLING. Este movimiento fue el centro en torno al cual giraron todos los autores alemanes que, sin pertenecer plenamente al mismo, se enfrentaron con el concepto de neurosis. Destacamos a importantes figuras como: JOHANN CHRISTIAN REIL[166], que definió la neurosis como "fiebre" como alteración del sistema nervioso desde una perspectiva

[164] MACBRIDE, D. (1726-1776): Médico irlandés de reconocido prestigio. Obras más reconocidas: '*Experimental Essays,*' London, 1764, 8vo; 2nd edit. enlarged, 1767; another edit. 1776; '*Historical Account of the New Method of Treating the Scurvy at Sea*,' London, 1768; Introduction to the '*Theory and Practice of Physic,'* London, 1772.

[165] LÓPEZ PIÑERO, J.Mª.: *Orígenes históricos del concepto de neurosis…cit*; p. 37.

[166] REIL, J.C. (1759-1813): Médico psicólogo, anatomista y psiquiatra alemán. Utilizó el término 'psychiaterie' en una publicación de corta duración que había fundado con J. C. Hoffbauer, *Beytrage zur Beforderung einer Curmethode auf psychischem Wege* (1808: 169). Argumentó que la psiquiatría no debería existir simplemente como una rama de la medicina (psychische Medizin), sino como una disciplina propia ejercida por médicos con una formación especializada. También trató de difundir la difícil situación que vivían los dementes en las instituciones mentales, e intentó desarrollar un tratamiento de tipo "psíquico", inspirado en el tratamiento moral imperante en aquellos días, aunque se mostró crítico con Philippe Pinel. Reil no entendió la locura simplemente como una ruptura con la razón, sino como un reflejo de unas condiciones sociales amplias, y creyó que los avances de la civilización provocaban un empeoramiento de la salud mental. La locura no sería el resultado de lesiones cerebrales o de trastornos hereditarios, sino de una perturbación en la armonía de las funciones mentales enraizadas en el sistema nervioso. Obra más reconocida: *Ueber Erkenntnis und Kur der fieber*, 1800-1815.

localicista y JOHANN LUCAS SCHöNLEIN[167], que define la neurosis como afección del sistema nervioso, también desde una perspectiva localicista y diferenciando dos grandes grupos: neurosis somáticas (afectan a la vida orgánica) y neurosis psíquicas (afectan a la vida psíquica).

La evolución del término de neurosis en la medicina científico-natural del S. XIX estuvo determinada por su enfrentamiento con las bases teóricas de la mentalidad anatomo-clínica, primer estrato histórico de dicha medicina. En este momento encontramos a PHILIPPE PINEL[168], cuya obra mantiene tres elementos típicos de la Ilustración: la nosotaxia more botanico, el vitalismo y la aspiración a convertir la medicina en una ciencia natural. Pinel no da una definición de las neurosis. Se limita a una mera descripción de las mismas con alteraciones de la sensibilidad y de la motilidad, descartando la fiebre primitiva, la inflamación y la lesión de la estructura. Su parecido con la definición de Cullen resulta notable. El aspecto más novedoso de la concepción de Pinel fue la exclusión de la "lesión en la estructura". Una de las consecuencias de esta concepción, poco más tarde, fue una gran reducción del número de entidades nosológicas consideradas como tales[169].

Más adelante, a partir de ERB (1874), las neurosis se conceptualizan como alteración funcional global sin lesión subyacente, que ocurre de manera específica en la persona que la padece. Desde BRIQUET (1859)[170] y posteriormente CHARCOT[171], JANET[172] y FREUD[173]

---

[167] SCHöNLEIN, J.L. (1793-1864): Médico alemán que reforma y moderniza de manera fundamental la medicina alemana en introducir los métodos de las "Ciencias Naturales" en el diagnóstico. Así, en 1839 da su nombre definitivo a la tuberculosis, que estaba en un concepto vago multiforme, en una entidad clínica unificada. Schönlein describió la *purpura rheumatica*, una púrpura trombopénica no alérgica denominada desde entonces en su honor como púrpura de Schönlein-Henoch.También descubrió al parásito causante de la tiña (el *Achorion schönleinii*).

[168] PINEL, P. (1745-1826): Médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Pertenece al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad. Es a partir de esta rigurosidad en el plano del método que establece la primera clasificación de enfermedades mentales, teniendo sus ideas gran repercusión posterior. Obras más destacadas: *Nosographie philosophique (o Méthode appliquée à la médecine)*, 1798 y *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801.

[169] LÓPEZ PIÑERO, J.Mª.: *Orígenes históricos del concepto de neurosis…cit*; pp. 78-87.

[170] BRIQUET, P. (1796-1881): Psiquiatra francés que dio nombre en 1859 al Trastorno de Somatización (llamado antiguamente "histeria crónica" o "síndrome de Briquet"): Es un trastorno polisintomático que empieza antes de los 30 años, de curso crónico y fluctuante. Está caracterizado por una combinación de síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y seudoneurológicos; Briquet la consideró una forma de *histeria*, en la cual, ante situaciones de sobrestimulación nerviosa, individuos susceptibles presentaban diversidad de quejas físicas. Ulteriormente, el concepto fue enriquecido por los aportes de la escuela psicoanalítica que considera la génesis del síntoma vinculada a la expresión de angustia (o sentimientos depresivos). obra más destacada: "Traité Clinique et Thérapeutique de L'hystérie" (1859).

[171] CHARCOT, J-M. (1825-1893): Neurólogo francés y fundador junto a Guillaume Duchenne de la neurología moderna y uno de los más grandes médicos franceses. Obras más destacadas: *Leçons cliniques sur les maladies des veillards et les maladies chroniques* (1867), *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins* (1877) y *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1872-1887).

[172] JANET, P. (1859-1947): Psicólogo y neurólogo francés que hizo importantes contribuciones al estudio moderno de los desórdenes mentales y emocionales, como la ansiedad, las fobias y otros comportamientos anormales. Obras más destacadas: *Malebranche et les esprits animaux. Introduction à Malebranche: De la recherche de la vérité (*1886), L'automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine (1889), *Baco verulamius alchemicis philosophis quid debuerit* (1889), *Etat mental des hystériques: Les stigmates mentaux* (1893), *Les accidents mentaux des*

(finales del S.XIX, primeros del XX), han propuesto esta teoría personalista de la neurosis, que se mantiene hasta principios del S.XX.

Según la tesis de LÓPEZ IBOR[174] descrita en su obra *Neurosis* de 1979, la neurosis pasaría por tres etapas: Una primera, como disfunción nerviosa que enlaza con la alteración funcional y psicosomática. Una segunda, como enfermedad de la imaginación, en gran medida producto de la autosugestión. Y una tercera, como un fracaso o imposibilidad de hacer frente a un conflicto interno o externo que es el concepto básico que introduce FREUD y el Psicoanálisis[175]. Así pues, desde el S. XIX y gran parte del XX, el concepto de neurosis adquiere una dimensión personalista y psicológica, ya que no puede referirse a un sustrato biológico y más bien, alude a una conflictividad personal.

En el S. XX continúa descartándose una base biológica y se admite como génesis el conflicto intra-psíquico. La mayoría de autores hacen referencia en la definición a la importancia de la personalidad, bien en su anómalo desarrollo, bien en la forma en que reacciona frente a las contingencias internas y externas (JASPERS[176] Y SCHNEIDER). Así, las diferentes formas

---

hystériques (1894), *Résumé historique des études sur le sentiment de la personnalité* (1896), *Manuel de philosophie du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (1896), Névrose et idées fixes (I)* (1898), *Le sommeil et des états hypnoïdes*. *Annuaire du Collège de France* (1901), *Nécrologie de Th. Ribot*. *Annuaire de l'Association amicale des anciens élèves de l'École Normale Supérieure* (1919).

[173] FREUD, S. (1856-1939): Neurólogo austriaco, padre del Psicoanálisis. Obras más destacadas: Estudios sobre la histeria (1893-1895), La interpretación de los sueños (I) (1900), Psicopatología de la vida cotidiana (1901), Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905), «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (Caso «Dora»), El chiste y su relación con lo inconsciente (1905), Cinco conferencias sobre Psicoanálisis, Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci, y otras obras (1910), *Tótem y tabú*, y otras obras (1913-1914), Introducción del narcisismo (1914), Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922), *El yo y el ello*, y otras obras (1923-1925), *El porvenir de una ilusión*, *El malestar en la cultura*, y otras obras (1927-1931), Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939).

[174] LÓPEZ-ÍBOR, J.J. (1908-1991): Psiquiatra valenciano. Obras más destacadas: *Lo vivo y lo muerto del Psicoanálisis* (1936); *Neurosis de guerra* (1942); *Epilepsia genuina* (1943); *La agonía del Psicoanálisis* (1948); *Los problemas de las Enfermedades Mentales* (1949); *La angustia vital* (1950), *Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo* y E*l español y la técnica* (1964), *La neurosis como enfermedad del ánimo* (1966), *Neurosis* (1979).

[175] VALLEJO RUILOBA, J., BALDOMERO BACA, E., CERVERA ENGUIX, S., GINER UBAGO, J., LEAL CERCÓS, C. y ROCA BENNASAR, M. (S.E.P.B.): "Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general" en *Trastornos Neuróticos*…cit, p. 1, que referencia a LÓPEZ ÍBOR, J.J.: *Neurosis,* Gredos, Madrid 1979.

[176] JASPERS, K.T. (1883-1969): Psiquiatra y filósofo alemán. Publicó un tratado revolucionario en 1910, el que versaba sobre si la paranoia era una faceta de la personalidad o el resultado de cambios biológicos. Aplicó su reflexión al drama humano y a sus problemas principales: la comunicación, el sufrimiento, la culpabilidad, la muerte y fue uno de los que conformaron el existencialismo y la fenomenología. En el campo de la psicología se alineó junto a W. Dilthey, e impulsó la aplicación de la fenomenología en psiquiatría, en la búsqueda de una explicación más subjetiva que genética de los fenómenos psicológicos. En su opinión, las relaciones humanas deben ser concebidas como formas de un "combate amoroso" que oscila sin cesar entre el amor y el odio, teoría que le aproxima a Freud.Obras más destacadas: *Situación espiritual de nuestro tiempo* (1931), *Philosophie (I. Philosophische Weltorientirung. - II. Existenzerhellung. - III. Metaphysik)* (1932), *Ambiente espiritual de nuestro tiempo* (1933), *La fe filosófica* (1948), *Origen y sentido de la historia* (1949), *Razón y contrarrazón de nuestro tiempo* (1950) e *Introducción a la filosofía* (1953).

de neurosis (de angustia, fóbica, obsesiva, histérica e hipocondríaca) dependen de la predisposición del individuo, pero quedan reagrupadas bajo el denominador común de la neurosis como trastorno de la personalidad que entraña un conflicto en el que la angustia se constituye en elemento básico[177].

A partir de 1980[178] se producen cambios importantes en torno al concepto de neurosis. En el DSM-III, las categorías quedan desmembradas en los distintos trastornos y desaparece el término neurosis, demasiado contaminado de ideología psicoanalítica, y esto se mantiene así en el DSM-IV y el más actual DSM-5. Con respecto a la CIE10, el concepto de neurosis se mantiene en un segundo plano casi como un mero referente histórico. En cuanto a la actual posición de las clásicas neurosis, es ilustrativo señalar que casi ningún Tratado de Psiquiatría reciente contempla tampoco el término *neurosis*, desapareciendo así también el término *personalidad neurótica*, poniendo el énfasis en la descripción de las manifestaciones clínicas y en el curso de los diferentes síndromes y pasando a denominar a los trastornos en función de las características clínicas predominantes, que hacen referencia a personas introvertidas, desajustadas emocionalmente y dependientes, en las que, eso sí, se reconocen las características de la antigua personalidad neurótica[179]. Resulta más que probable, establece LÓPEZ PIÑERO que la desaparición del término provenga de la medicina británica, que ya a finales del S. XVIII, se convirtió en Gran Bretaña en una noción indeseable, mero resto de los esquemas de la época anterior que los nuevos datos y las nuevas ideas acababan de superar, desapareciendo así de los escritos médicos el término durante más de medio siglo, pasando a depender de otro rótulos como la "irritación espinal" y las "enfermedades nerviosas funcionales reflejas"[180].

En la CIE-10 el concepto de neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de clasificación, pero se ha cuidado el permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos, en un sentido particular del término. En esta misma línea, nos referimos en este trabajo de manera general a trastornos neuróticos, e incluso neurosis, por simples razones de economía dialéctica y porque su uso está muy arraigado al consciente colectivo y de ello se ha impregnado el propio lenguaje judicial.

De hecho, como prueba de controversia y en contra del progresivo deterioro del concepto de neurosis como trastorno central generador de otros trastornos variados, en época tan reciente como 1985 encontramos al autor PETER TYRER[181] que describe el *Síndrome Neurótico*

---

[177] VALLEJO RUILOBA, J., BALDOMERO BACA, E., CERVERA ENGUIX, S., GINER UBAGO, J., LEAL CERCÓS, C. y ROCA BENNASAR, M. (S.E.P.B.): "Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general", en *Trastornos Neuróticos*…cit, pp. 1 y 2.

[178] Fecha que corresponde a la publicación del DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, redactado por la Asociación Americana de psiquiatría.

[179] VALLEJO RUILOBA, J., BALDOMERO BACA, E., CERVERA ENGUIX, S., GINER UBAGO, J., LEAL CERCÓS, C. y ROCA BENNASAR, M. (S.E.P.B.): "Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general", en *Trastornos Neuróticos*…cit, pp. 2 y 3 y Prólogo.

[180] LÓPEZ PIÑERO, J.Mª.: *Orígenes históricos del concepto de neurosis…cit*; pp. 108-110.

[181] TYRER, P.: Psiquiatra británico y que trabaja en el campo de trastorno de la personalidad . Exploró la relación entre la gravedad y la intensidad de determinados rasgos entre los diagnosticados con la enfermedad. A través de análisis factorial se elaboró una lista de 24 características distintas (Programa de Eva-

General como "demostración de síntomas de ansiedad primaria y depresión que muestran cambios en su primacía en diferentes momentos, se manifiestan en ausencia de acontecimientos importantes de la vida y se presentan ordinariamente en el fondo de la perturbación de la personalidad, en la cual son prominentes los rasgos inhibidos y/o dependientes. Es posible también que exista una historia familiar positiva de una situación similar"[182].

Por otro lado, en una revisión de los tratados de Psiquiatría realizada por COBO, ROJO RODES y VALLEJO en 2001, se pone en evidencia la imposibilidad práctica de abandonar no sólo el término sino sobre todo la realidad clínica que le subyace, al mismo tiempo que se enfatizan de forma adecuada las inconsistencias y ambigüedades que persisten en su empleo por los psiquiatras[183].

En un artículo de repaso histórico sobre el término neurosis, afirma JOSÉ LÁZARO: "Cualquier acercamiento a la psicopatología de hoy da la impresión de que las neurosis son cosa del ayer. No se suele encontrar ese término en los libros de texto actuales, que se ocupan (siguiendo a los DSM III, IV y 5) de los "trastornos de ansiedad", los "trastornos disociativos" o los "trastornos distímicos". Para muchos psiquiatras actualmente en formación, las neurosis son algo que se guarda en el baúl de los recuerdos, junto a la psicastenia, la lipemanía o la frenitis"[184].

Para nosotros resulta tan solo de relativa importancia el nombre que se le dé a un trastorno de este tipo o si desaparece o no el término *neurosis* de los tratados de psiquiatría o de los manuales de diagnóstico, la realidad actual que percibimos en la sociedad, en general, y en el ámbito jurídico, en particular, es que existen numerosas personas que acuden a las consultas médicas, a los psicólogos o a los especialistas, personas que son sujeto u objeto de delito, y que nos encontramos en el ejercicio de la profesión, personas a las que hemos de defender o a las que hemos de acusar, personas que sufren con más o menos frecuencia estados de ansiedad, de angustia, de miedos, de obsesiones que les causan un total desasosiego tanto a ellas como a los seres que les rodean y que todos o al menos gran parte de los especialistas y no especialistas coinciden en considerarlos *neuróticos*. Y en lo que a nosotros concierne, que algunas de esas personas en este estado, pero siendo punibles, cometen delitos y se requiere frente a ellos actuación policial y judicial. Y personas que son víctimas de esos delitos y que requieren amparo y la resarción del daño que de una u otra manera se les haya podido causar.

---

luaciones de Personalidad - PAS) y fue capaz de asignarlas a cuatro agrupaciones como subtipos de personalidad: Sociopática, Pasiva, Inhibida tímida y Apancástica.

[182] VALLEJO RUILOBA, J., BALDOMERO BACA, E., CERVERA ENGUIX, S., GINER UBAGO, J., LEAL CERCÓS, C. y ROCA BENNASAR, M. (S.E.P.B.): "Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general", en *Trastornos Neuróticos*…cit, p. 3, que referencia a TYRER, P.: *¿Neurosis divisible?,* Lancet 1985, pp. 685 a 688; TYRER, P.: Classification of Neurosis, Chichester John Wiley & Sons, 1989.

[183] COBO GÓMEZ J.V., ROJO RODÉS, J.E., VALLEJO RUILOBA, J.: *Clasificación actual de los trastornos neuróticos*, Arch Psiquiatría, Madrid 2001, pp. 37 a 80.

[184] LÁZARO, J.: *Dilemas contemporáneos de la nosología psiquiátrica: el caso de la neurosis*, Revista de Neuropsiquiatría, núm. 76 (2), 2013, pp. 85-94.

La Sociedad española de Psiquiatría Biológica mantiene, además, que los trastornos neuróticos, cuyo curso crónico es aceptado, no guardan gran estabilidad diagnóstica a lo largo de la vida, sino que, por el contrario, se atenúan, se acrecentan, cambian de fisonomía clínica o se transforman en otros cuadros del mismo contexto nosológico. Esto supone un nuevo elemento que refuerza el concepto de neurosis como eje nuclear que alimenta diversos trastornos que giran en torno a un problema de salud mental o enfermedad de base.

Es importante destacar por último, que los trastornos neuróticos guardan una íntima relación con los trastornos de personalidad. Numerosos autores (Montserrat-Esteve, López Ibor, Ey H. y Bernard P.) como otros más actuales (Peter Tyrer, Sims A., Melanie Klein,…) señalan la importancia del trastorno de personalidad en la génesis y expresión de las neurosis porque establecen que los trastornos neuróticos son en realidad trastornos de personalidad y las manifestaciones macro-sintomáticas que configuran las diferentes formas de neurosis representan series de síntomas con gran tendencia a la discontinuidad. Es indicativo pensar que el trastorno de personalidad puede referirse a un constructor primario que es el neuroticismo, dimensión básica sobre la que algunos autores, como EYSENCK[185] y GRAY[186], construyeron sus teorías sobre las neurosis[187]. De hecho según algunos modelos de intervención terapéutica[188] se propone un modelo parcial de personalidad en el que se enfatiza la función de las emociones, en este sentido, la personalidad podría definirse como un patrón o estilo de emociones prevalentes. La cognición tendría una función de elicitación de las emociones habituales del sujeto y por ende, de su conducta final. Además la persona tiende a elegir las representaciones cognitivas que suscitan las emociones con las que se identifica, convirtiéndose en un flujo que se retroalimenta.

Dos paradigmas cognitivos, como son el procesamiento personal de las información y el contexto social se muestran íntimamente interrelacionados entre sí, e incluso pueden explicar, entre ambos, la aparición de los cambios en el estado de ánimo que, en general, padecen los enfermos con trastornos neuróticos.

Véase el siguiente diagrama explicativo (1):

---

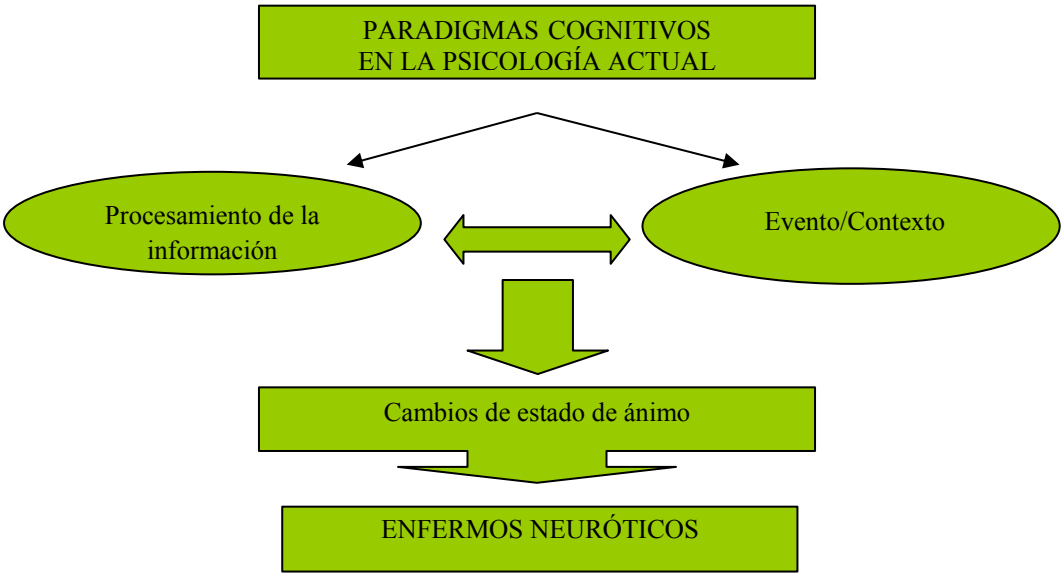
[185] EYSENCK, H.J. (1916- 1997): Psicólogo conductiva factorialista inglés de origen alemán, especializado en el estudio de la personalidad. Obras más destacadas: *Dimensión y personalidad* (1947), *Estudio científico de la personalidad* (1952), *La dinámica de la ansiedad e histeria* (1957), Las bases biológicas de la personalidad (1967), Manual de la personalidad anormal (1967), Raza, inteligencia y educación (1971), El estudio experimental de las teorías freudianas (1973), *Sexo y personalidad* (1976), *Inteligencia y lucha de la mente* (1981), *Un modelo para la inteligencia* (1982), *Decadencia y caída del imperio Freudiano* (1985), *Las causas y cuidados de la criminalidad* (1988), *Rebelde con causa -autobiografía de H.J. Eysenck-* (1990)

[186] GRAY, J. (1955): Psicólogo estadounidense, más conocido por su libro: *Los hombres son de Marte, las mujeres son de Venus* (1992) y otros libros de "psicología pop" que ofrecen asesoramiento.

[187] GARCÍA VALTUILLE,A. y ROCA BENNASAR. M. (S.E.P.B.): "Neurosis y personalidad", en *Trastornos neuróticos*…cit, pp. 27 a 49.

[188] WESSLER, R. L. & HANKIN-WESSLER, S.: "Cognitive group therapy", *Comprehensive handbook of cognitive therapy,* Springer US 1989; pp. 559-581.

Figura 1: Diagrama explicativo del proceder de un enfermo neurótico

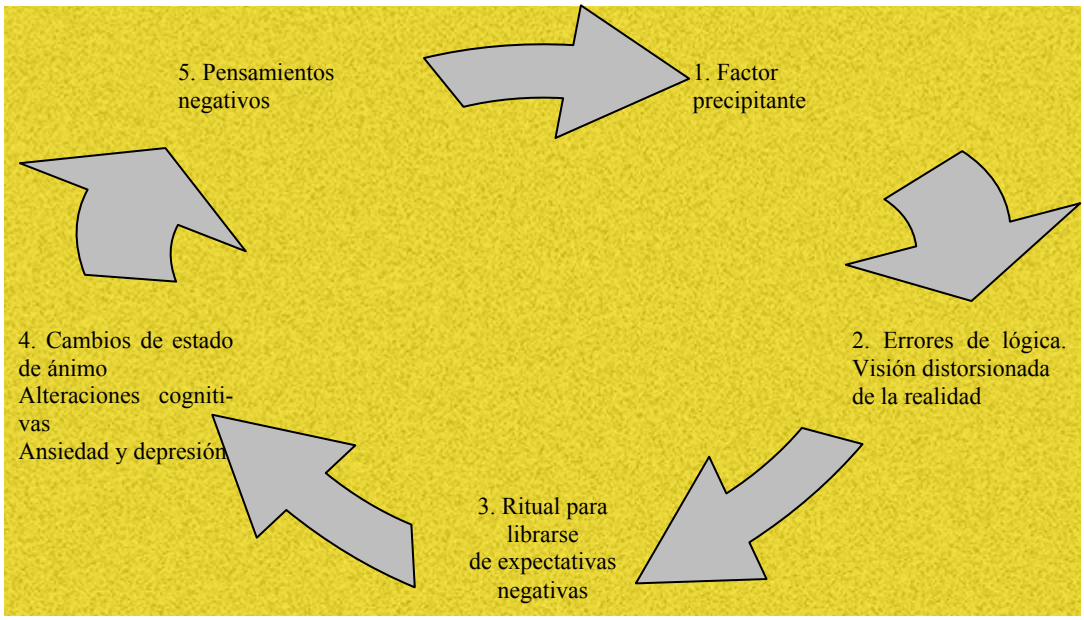


A partir de cualquier factor precipitante, el sujeto comienza a cometer errores en su razonamiento lógico, lo cual le lleva a evaluar la realidad de una forma distorsionada, principalmente maximizando el grado de dificultad de las situaciones a las que ha de enfrentarse y minimizando los recursos psicológicos de los que dispone. Esto le lleva a realizar un análisis causal falso de la realidad, es decir, efectúa asociaciones entre una conducta y las causas de la misma muy alejadas de la realidad. También puede ocurrir que el sujeto no encuentre estrategias adecuadas para enfrentarse a la situación o bien, que el sujeto piense que los resultados que va a obtener con su acción no son lo suficientemente buenos. Lo que el sujeto espera no sólo es malo sino ilógico, por lo que le llevará a realizar algún ritual para librarse de sus expectativas negativas. Indudablemente, cada una de estas acciones ocasiona cambios en el estado de ánimo del sujeto, los cuales originan, nuevas alteraciones cognitivas, como por ejemplo, una atribución causal interna de fracaso.

Pero es que además, esos cambios en el estado de ánimo, tanto la ansiedad como la depresión, provocan sesgos en el recuerdo de los sujetos. De hecho, los depresivos recuerdan mejor las cosas negativas y los ansiosos suelen recordar mejor los sucesos amenazantes. Por lo tanto, estos sesgos en el recuerdo hacen que el sujeto tenga pensamientos automáticos negativos (todo o nada, siempre o nunca, …) lo que lleva al círculo vicioso del paciente con trastorno neurótico. De nuevo, errores lógicos y todo vuelve a empezar.

Este concepto se representa gráficamente en la siguiente figura tomada del Royal Marsden Hospital de Londres[189] (2):

Figura 2: Diagrama explicativo del funcionamiento de un enfermo neurótico



Si bien es cierto que las cogniciones generan emociones, y de hecho, el enfoque más común de la psicología científica ha sido el que las emociones estaban supeditadas a los aspectos cognitivos o evaluativos[190]. Las emociones, sin embargo, no siempre dependen de las cogniciones, pues las emociones blindan contra determinados pensamientos, de manera que un pensamiento es difícil que se arraigue si va en contra de las emociones experimentadas. Por ello cuando las emociones y afectividad están muy consolidas en el sujeto, la eficacia de las ideas, la cognición o la razón, es muy débil e incluso nula.

A continuación**,** para los lectores más interesados en la perspectiva histórica de la neurosis, se desarrolla en más profundidad, aún reconociendo que su interés es meramente histórico y, si acaso, un tanto filosófico. En cualquier caso, y para el objeto de la presente Tesis Doctoral, el siguiente subepígrafe puede ser pasado por alto por el lector menos interesado sin que ello afecte a la compresión del conjunto del trabajo. Tomamos como referencia a GARCÍA VAL-

[189] IBAÑEZ GUERRA, E. y GALDÓN GARRIDO, M.J. (S.E.P.B.): "Enfoques etiopatogénicos" en *Trastornos neuróticos*…cit, pp. 147 a 150: Representación de los estados de ánimo a través de los presupuestos de los dos paradigmas cognitivos.
[190] LAZARUS, R. S., AVERILL, J. R., & OPTON, E. M.: "The psychology of coping: Issues of research and assessment". *Coping and adaptation*, 1974; pp. 249-315.

TUILLE y ROCA BENNASAR que realizan un interesante repaso histórico de las diferentes escuelas de autores que han definido y clasificado las neurosis[191]:

Escuela Psicoanalítica:

Los autores psicoanalíticos, partiendo de Freud, que es un exponente primigenio, consideran que la descripción de los diferentes procesos de la vida psíquica hasta la organización de la vida anímica así como las distintas fases del desarrollo psicosexual no son más que la formación y el desarrollo de la personalidad de los individuos que en algunos casos se hace anómalo y determina las alteraciones de la conducta y en otras ocasiones provocan un complejo de síntomas. Y que son precisamente los que hacen más susceptible la comprensión y el análisis de los individuos. Freud estableció en la etiología de las neurosis tres causas: condicionales (disposición y herencia), concurrentes (conflictos morales, sobrecarga somática, existencia de enfermedades) y específicas (siempre de carácter sexual), estableciendo además una relación etiológica particular entre la forma de trastorno sexual y el tipo de neurosis.

Con respecto a esta línea de pensamiento, es necesario indicar que ha quedado hoy un tanto obsoleta, puesto que la actual posición de los expertos en la materia dista mucho de la concepción psicoanalítica de los trastornos neuróticos.

ADLER, JUNG, REICH y HORNEY:

ADLER[192] defendía en 1926 que los neuróticos exhiben una serie de rasgos de carácter presentes en todos los individuos pero con una intensidad que sobrepasa con mucho la media. Rechaza que el carácter tenga un componente innato o heredado, afirmando su naturaleza adquirida[193].

A primeros del S. XX, JUNG[194] parte de los conceptos de introversión y extraversión para describir los diferentes tipos psicológicos. Denomina introversión cuando se modifica la

[191] GARCÍA VALTUILLE, A. y ROCA BENNASAR, M.: "Neurosis y personalidad", en *Trastornos neuróticos*…cit, pp. 27 a 49.

[192] ADLER, A.W. (1870-1937): Médico y psicoterapeuta austriaco, fundador de la escuela conocida como psicología individual. Fue un colaborador de Sigmund Freud y cofundador de su grupo, pero se apartó tempranamente de él, en 1911, al divergir sobre distintos puntos de la teoría psicoanalítica. Sus conceptos básicos son los de carácter, complejo de inferioridad y conflicto entre la situación real del individuo y sus aspiraciones. Obras más destacadas: *La práctica y la teoría de la psicología individual* (1920), El c*onocimiento del hombre* (1926), *Comprensión de la naturaleza humana* (1928-1930), *La educación de los niños* (1929), *Superioridad e interés social* (obra póstuma de 1965), El carácter neurótico (obra póstuma de 1985).

[193] ADLER, A. W.: *El conocimiento del hombre*, Paidós, Madrid 1978 (fecha de publicación en España). La obra data de 1926.

[194] JUNG, C.G. (1865-1961): Médico Psiquiatra, Psicólogo y Ensayista suizo, figura clave en la etapa inicial del psicoanálisis; posteriormente, fundador de la escuela de psicología analítica, también llamada psicología de los complejos y psicología profunda. Se lo relaciona a menudo con Sigmund Freud, de quien fuera colaborador en sus comienzos. Carl Gustav Jung fue un pionero de la psicología profunda y uno de los estudiosos de esta disciplina más ampliamente leídos en el siglo XX. Su abordaje teórico y clínico enfatizó la conexión funcional entre la estructura de la psique y la de sus productos, es decir, sus manifestaciones culturales. Esto le impulsó a incorporar en su metodología nociones procedentes de la

relación del sujeto con el objeto, de modo que una disposición introvertida supone que la motivación fundamental parte en primer término del sujeto, mientras que al objeto se le atribuye un valor secundario. Su forma natural de neurosis es la *psicastenia*[195]. Denomina extraversión al desplazamiento hacia el exterior del origen del problema, atribuyendo al sujeto un valor secundario. Su forma correspondiente de neurosis es la *histeria*[196], así como algunas conductas toxicodependientes. El estudio de REICH[197] en 1927 sobre el carácter se contiene en su obra *Análisis del carácter*[198], donde se demuestra la íntima relación entre la estructuración del carácter del individuo y la presencia de síntomas o conductas neuróticas.

Por último, también a primeros del S.XX, HORNEY[199] define la ansiedad básica que se forma en experiencias infantiles y puede ser experimentada en situaciones de estrés en cualquier momento de la vida. La ansiedad es la reacción ante cualquier sentimiento displacentero. Para huir de ésto, el niño o adulto puede buscar afecto y aprobación, retraerse, encolerizarse o volverse hostil. La existencia de un conflicto básico puede demostrarse de forma asintomática o mediante la presencia de síntomas neuróticos (fobias, compulsiones, etc). Partiendo de esta teoría afirma que el individuo va elaborando estrategias para relacionarse con un medio y por ello

---

antropología, la alquimia, los sueños, el arte, la mitología, la religión y la filosofía. Obras más destacadas: *Estudios psiquiátricos* (1902), *Psicogénesis de las enfermedades mentales* (1907), *Símbolos de trasnformación. Análisis del preludio a una esquizofrenia* (1952), *Mysterium coniunctionis: investigación sobre la separación y la unión de los opuestos anímicos en la alquimia* (1929-1932)

[195] Psicastenia: Término clínico acuñado por los clásicos para definir cuadros caracterizados por la falta de energía mental y por la escasa actividad psíquica, tanto espontánea como reactiva a estímulos. Hoy en día se considera un síntoma, integrado en algunos casos de neurosis (Definición contenida en GISBERT GRIFO, M., VERDÚ PASCUAL, F.A. y VICENT GARCÍA, R.: *Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*, Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1995, p. 165).

[196] Histeria: alteración psíquica del grupo de las neurosis en la que se produce una reacción anormal de la persona ante una vivencia de elevado componente emocional que suele ser de carácter desagradable y del que la persona puede o no ser consciente. Los cuadros de histeria, a pesar de tener un origen psicógeno, se caracterizan por la aparición de numerosos signos físicos derivados de la existencia de fenómenos de represión, conversión, somatización y disociación (Definición contenida en GISBERT GRIFO, M., VERDÚ PASCUAL, F.A. y VICENT GARCÍA, R.: *Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*…cit., p. 112).

[197] REICH, W. (1897-1957): Médico Psiquiatra y Psicoanalista austriaco inventor y postulador de la Teoría del Orgón. Fue uno de los primeros colaboradores de Freud, hacia 1922. Inventó pues el Análisis Caracteriológico. De esta manera, antes de pretender llegar al centro del problema psíquico del paciente mediante charlas y circunloquios que se prolongaban años y años, la misión de Reich consistía en derribar las barreras que bloqueaban el libre flujo de energía psíquica del paciente. Obras más destacadas: *El carácter compulsivo* (1925), *El análisis del carácter* (1927), *La función del orgasmo* (1927), *La irrupción de la moral sexual* (primera versión en 1932), *Psicología de masas del fascismo* (aparecido en 1933), *The bion experiments, on the origin of life* (versión inglesa de *Die bione* aparecido en 1938).

[198] REICH, W.: *El análisis del carácter*, Paidós, Madrid 1976 (fecha de publicación de la obra en España). La obra data de 1927.

[199] HORNEY, K. (1885-1952): Psicóloga y Psicoloanalista alemana. Sus teorías cuestionaron ciertos puntos tradicionales del pensamiento de Sigmund Freud. Su pensamiento es clasificado dentro del neofreudismo. Obras más destacadas: *Nuevos métodos en psicoanálisis* (1939), *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, *El autoanálisis* (1942), Nuestros conflictos interiores (1945).

desarrollando tendencias de carácter duradero que se convierten en parte de su personalidad y que denomina tendencias neuróticas[200].

ALEXANDER, SHAPIRO y CODERCH:

Siguiendo a Freud, también a primeros del S. XX, ALEXANDER[201] afirma que en la neurosis cualquiera de las cuatro funciones fundamentales del *yo* puede estar perturbada: la percepción interna de las necesidades subjetivas, la correcta estimación externa de la situación circundante, la integración recíproca de los datos de la percepción interna y la percepción externa y la función subjetiva basada en el control sobre la conducta volitiva.

Alexander define a los síntomas neuróticos como "procesos psíquicos irracionales repentinos", fenómenos accesibles a la explicación psicológica. Y propone que si investigamos atentamente cualquiera de nuestros conceptos psicoanalíticos, reconoceremos que ellos se basan en esas conexiones aceptadas tácitamente en la vida emocional. Divide las neurosis en: incipientes (angustia), agudas (neurosis reactiva y neurosis traumática) y crónicas[202].

SHAPIRO[203] define el concepto de estilo neurótico como "una forma de funcionamiento conductual que es identificable en un individuo a través de una gama de sus actos específicos". Entiende que el carácter no deriva tan sólo del conflicto básico y su manera de resolverlo sino también de elementos mentales (memoria, pensamiento y lenguaje) que influyen no sólo sobre el proceso adaptativo sino también sobre la forma y los modos de manejo de los propios mecanismos de lenguaje. Abre así el camino hacia el concepto más amplio de la personalidad. En su clasificación de los estados neuróticos: histérico, obsesivo, compulsivo e impulsivo, incluye además los estados paranoides, que considera como formas más graves. Y dentro de este último, distingue dos categorías: a) furtivos, restringidos, aprensivos y aprensivamente suspicaces y b) afectos de rígida arrogancia, agresivos y megalómanos. Asocia de manera especial el estado paranoide con el obsesivo-compulsivo, empleando la intelectualización como uno de los mecanismos más frecuentes en ambas personalidades.

Por otro lado, en 1991, CODERCH[204] distingue varios tipos de personalidad atendiendo a la forma de reacción caracterológica: histriónica, ciclotímica, esquizoide, paranoide y persona-

---

[200] HORNEY, K.: *Nuestros conflictos interiores*, Psique, Buenos Aires 1980 (fecha de publicación de la obra en castellano).

[201] ALEXANDER, F. (1891-1964): Médico y Psicoanalista norteamericano. estudió los problemas de la psicología experimental y la psicofisiología clínica. Paralelamente, estudió la teoría del carácter y temperamento, y llevó a cabo un análisis de los intentos de clasificarlos. Obras más destacadas: *The Criminal, the judge and the public: A psychological analysis* (1931), *La lógica de las emociones y su fondo dinámico* (1935), *The Scope of psychoanalysis 1921 - 1961* (1961)

[202] ALEXANDER, F.: *Psiquiatría dinámica*, Paidós, Madrid 1979 (fecha de publicación de la obra en España).

[203] SHAPIRO, F. (1948): Neuróloga y Psicoterapeuta norteamericana cognitivo-comportamental. Creadora del método EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, "Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares") para tratar y curar los TEPT (Trastorno por estrés postraumático).

[204] CODERCH, J. (1930): Médico psiquiatra catalán. Su formación psicoanalítica se desarrolló en la Sociedad Española de Psicoanálisis, bajo una orientación kleiniana. Obras más destacadas: (1975) *Psiquiatría Dinámica*, (1987). T*eoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*, (1995) *La Interpretación en*

lidades con problemas centrados en la dependencia, la pasividad y la agresividad. En la neurosis de carácter aparece una morbosa estructura caracterológica que se traduce en un comportamiento anómalo, impulsivo, desajustado a consecuencia del cual, entra en conflicto con los demás en todos los ámbitos: familiar, profesional, afectivo, etc en la neurosis de carácter el trastorno abarca a todo el conjunto de la personalidad, son sentidos como egosintónicos y por lo tanto, no proporcionan conciencia de enfermedad, por lo que son más molestos para las personas que conviven con ellos que para los propios sujetos. Distingue tres formas: a) personalidades psicopáticas, b) perversiones sexuales y c) toxicomanías[205].

Escuela Clínico-Fenomenológica:

Los autores que se citan en este apartado se han ocupado asimismo de los trastornos de la personalidad y en menor grado de las neurosis, siendo su mayor contribución al mundo de lo psicótico.

SCHNEIDER

Define la personalidad de un individuo como "el conjunto de sus sentimientos y valoraciones, de sus tendencias y voliciones" y excluye las facultades del entendimiento, como la facilidad de comprensión, la capacidad de juicio y pensamiento lógicos, la crítica y la independencia de juicio, la memoria. En una palabra, la inteligencia. Distingue tres partes del psiquismo individual interrelacionados entre sí: a) la personalidad, b) la inteligencia y c) el conjunto de sentimientos e instintos vitales.

Resulta interesante mencionar la tesis de SCHENEIDER en cuanto a que las neurosis, en su opinión, se desarrollan siempre en lo que él denomina "personalidades psicopáticas", disposicionalmente anormales. Critica el término neurosis en tanto se identifica como enfermedad "pues no se tiene una neurosis, se es un neurótico". En su lugar, emplea la denominación de reacciones vivenciales anormales, dejando claro que no sólo son reacciones psíquicas o vivencias externas, sino situaciones instintivas o conflictos internos. Insiste en que estas reacciones guardan relación con las personalidades psicopáticas y el tipo de reacción con el tipo de personalidad que reacciona[206].

Psicoanálisis. Fundamentos y Teoría de la Técnica, (2001, reed. 2012) *La Relación Paciente - Terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalitica,* (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*, (2010) *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*, (2014) A*vances en Psicoanálisis Relacional. Nuevos Campos de Exploración para el Psicoanálisis.*

[205] CODERCH, J.: *Psiquiatría dinámica, 4ª ed*, Herder, Barcelona 1991.

[206] GARCÍA VALTUILLE, A. y ROCA BENNASAR. M. (S.E.P.B.): "Neurosis y personalidad", en *Trastornos neuróticos*…cit, pp. 38 y 39, que referencian a SCHENEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas*, Morata, Madrid 1971 y *Psicopatología clínica*, Paz Montalvo, Madrid 1963. Su clasificación de los psicópatas es: *hipertímicos, depresivos, inseguros de sí mismos, fanáticos, necesitados de estimación, lábiles de ánimo, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos.*

BRÄUTIGAM

Este autor en su obra *Reacciones, neurosis, psicopatías* de 1972, apunta que las reacciones vivenciales anormales, las neurosis y las psicopatías tienen en común su dependencia de un conflicto psíquico y la adquisición de una u otra forma psicopatológica se relaciona con el modo cómo se elaboran estos conflictos. El conflicto lo describe como vivencia de dos o más tendencias contrapuestas e inconciliables y que determinan la vida y la conducta. En relación a las afecciones neuróticas, establece que se producen los síntomas neuróticos por catexias[207] específicas o en forma insidiosa dentro de las crecientes exigencias de maduración de la vida. Aparecen con frecuencia en la niñez, su evolución suele ser crónica, aunque pueden aliviarse con la edad. Se clasifican en: a) histeria de conversión, b) neurosis obsesiva, c) depresión neurótica reactiva, d) neurosis fóbica de ansiedad, e) procesos sensitivo-paranoides, f) procesos neuróticos con despersonalización y desrealización y g) procesos neuróticos hipocondríacos[208].

EY y LÓPEZ IBOR

En su descripción del *yo neurótico* en 1965, EY le confiere una serie de atributos:

Supone siempre una anomalía de carácter con una disposición fundamental a la introversión, a los escrúpulos, etc. El neurótico manifiesta un desequilibrio instintivo-afectivo. La consecuencia de este conflicto es la angustia neurótica. En ocasiones es la propia conducta la que expresa el conflicto del neurótico de forma que deja bien claro que el carácter del neurótico es una verdadera neurosis de carácter.

Define las neurosis como enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales y la expresión clínica de las neurosis viene caracterizada por: a) los síntomas neuróticos y b) el carácter neurótico del *yo*[209].

LÓPER IBOR vierte una serie de conceptos muy interesantes acerca de las neurosis y las psicopatías en su obra *Las neurosis como enfermedades del ánimo*[210] en 1966. Considera la angustia como elemento nuclear de toda neurosis pero distingue la angustia reactiva (reacciones vivenciales anormales) de la angustia endógena (timopatía ansiosa).

---

[207] Catexia es un concepto propio de las Escuelas Psicoanalíticas. Según Freud, el sujeto puede dirigir su energía pulsional hacia un objeto o una representación e impregnarlo, cargarlo o cubrirlo de parte de ella. Se llaman catexias a estas descargas de energía psíquica. A partir de la experiencia de catetización, el objeto cargado ya no le resulta indiferente al sujeto, más bien tendrá para él una halo o colorido peculiar. Si los objetos y personas nos resultan atractivas no es, para esta descripción, porque ellos mismos posean de forma objetiva el carácter de "deseable" o "atractivo", se trata más bien de una figuración consecuencia de nuestras proyecciones de energía libidinosa sobre ellos. La expresión más clara de las catexias es el enamoramiento. En la segunda tópica, Freud considera que el **Ello** es el origen de las catexias (Diccionario de Psicología Científica y Filosofía).

[208] BRÄUTIGAM, B.: *Reacciones, neurosis, psicopatías*, Labor, Barcelona 1972.

[209] EY, H.: *Tratado de Psiquiatría*, Toray-Masson, Barcelona 1965.

[210] LÓPEZ IBOR, J.J.: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, Gredos, Madrid 1966.

Este autor defiende que las neurosis y las psicopatías son extremos de la misma escala: "toda la vida, incluso la vida periférica, es desarrollo", por ello afirma que en las psicopatías hay reacciones y desarrollos como en las neurosis.

CASTILLA DEL PINO

En su clasificación de los trastornos mentales establece una primera diferenciación entre los disturbios neuróticos (neurosis) y los modos anómalos del ser (caracterosis).

Neurosis: es la denominación de un modo de ser (neurótico). Los síntomas son expresión de la conducta y dinámica del neurótico. Distingue las situaciones neurotizantes en las que apenas existe una elaboración del conflicto por parte del sujeto y las neurosis elaboradas, cuando los síntomas no están inmediatamente conectados con la situación originaria sino que ésta ha sufrido una elaboración dinámica de la cual los síntomas son una expresión y en los que al intervenir la totalidad del sujeto, éste queda instituido como neurótico.

Caracterosis: es la identidad de la manera de ser del sujeto la que presta definición al *self* del sujeto. Distingue dos grandes grupos: a) los que pretenden preservar su *self*, defenderse frente a los embates de la realidad de las relaciones (tímidos, inseguros de sí mismos, depresivos, inhibidos en los relacional) y b) los que pretenden imponer su *self* por encima de los demás y de las normas (histriónicos, bufonescos, mitómanos, asociales, desalmados, etc)[211].

3. Perspectiva actual

Antes de intentar definir lo que es un trastorno neurótico, nos parece interesante considerar la definición de trastorno mental: "Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o del comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente"[212].

De manera genérica, se pueden definir los trastornos neuróticos como un tipo de trastorno mental por el que las personas que lo padecen manifiestan unos síntomas clínicos que alteran o enajenan su propia personalidad causándole gran angustia y desazón, pudiendo llegar a ser bastante incapacitante. No existe acusada pérdida de contacto con la realidad y se vive acep-

[211] CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la Psiquiatría*, Alianza, Madrid 1980.
[212] Asociación Psiquiátrica Americana, Manual diagnóstico…cit., p. 20.

tablemente integrado en sociedad. Estas personas logran pensar y actuar de manera racional pero su conducta es considerada con frecuencia como anormal. Se trata de una alteración duradera y recurrente, y no una simple reacción puntual o transitoria ante una situación de estrés, no se aprecia etiología orgánica demostrable y carece de tratamiento.

El concepto clásico de neurosis, hoy más en desuso, sería el de una alteración nerviosa de carácter funcional (o sea, en la que no se aprecia lesión orgánica) que determina un trastorno psicológico o comportamental donde la ansiedad es una característica primaria. Para hacer frente a la misma se pueden establecer mecanismos o conductas adaptativas o de defensa. Las personas que la padecen no exhiben gran distorsión de la realidad ni desorganización de la personalidad aunque en casos graves puede existir importante discapacidad.

4. Base psico-biológica de los trastornos neuróticos

Hablar de base psico-biológica de los trastornos neuróticos sería hablar, pero con más propiedad, de las emociones y su base psico-biológica. En psiquiatría infantil tradicionalmente se ha hecho la diferenciación entre los trastornos de las emociones específicos de la infancia y la adolescencia y los trastornos de las emociones característicos del adulto, que en gran medida son los trastornos neuróticos[213]. Cuatro han sido las justificaciones principales para esta diferenciación:

Primera, los hallazgos de la investigación han coincidido en demostrar que la mayoría de los niños con trastornos de las emociones se convierten después en adultos normales (sólo en una minoría continúan presentando trastornos neuróticos en la vida adulta). Por otra parte, la mayoría de los trastornos neuróticos del adulto parecen tener su comienzo ya en la vida adulta sin que se hayan apreciado antecedentes psicopatológicos significativos durante la infancia. Por tanto hay una considerable discontinuidad entre los trastornos de las emociones que aparecen en cada uno de estos dos periodos de la vida de la persona.

Segunda, muchos trastornos de las emociones de la infancia parecen constituir exageraciones de las tendencias normales del desarrollo, más que fenómenos cualitativamente anormales en sí mismos.

Tercera, relacionada con la anterior, a menudo se ha referido la presunción teórica de que los mecanismos psicológicos implicados en los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia difieren de los mecanismos implicados en las neurosis del adulto.

[213] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades – trastornos mentales y del comportamiento*, Meditor, Madrid 2004; pp. 222-223.

Cuarta, en los trastornos de las emociones de la infancia las manifestaciones de ciertas entidades específicas tales como los trastornos fóbicos o los trastornos obsesivos son menos claras.

Indicadores o manifestaciones de los trastornos neuróticos:

Antes de considerar la base biológica se hace necesario exponer de una manera ordenada lo que serían los indicadores o manifestaciones del trastorno neurótico. MÁRQUEZ PÉREZ propone un grupo de pautas diagnósticas (o indicadores) que, en su opinión "unifican" a los trastornos neuróticos, al menos en la dimensión psicológica[214]. Ellas son:

Paradoja esencial de los trastornos neuróticos: se considera como tal la manifestación sintomática esencial de los pacientes portadores de trastorno neuróticos. Presentan conciencia (crítica) de la presencia y tiempo de evolución de los síntomas. Puede constatarse incluso un reconocimiento consciente de las situaciones que los inician, incrementan o refuerzan. Todo esto asociado a una incapacidad de cambiar su estado de ánimo y conductas (síntomas) relacionados a estas situaciones, a pesar de sus esfuerzos en esa dirección. El autor, como resultado de su experiencia profesional en la práctica de la psicoterapia con estos pacientes, considera que esta constituye una paradoja esencial de los pacientes aquejados por trastornos neuróticos.

Trastorno en la respuesta emocional: aunque primen las manifestaciones afectivas del tipo de la ansiedad (reactiva, fóbica, con manifestaciones psicasténicas, disociativas, conversivas), también es posible la presencia del humor depresivo.

Trastorno del ajuste de la conducta: Unido a las vivencias de displacer emocional, la queja más reiterada de los adultos portadores de trastornos neuróticos es la ejecución dispar. Las dificultades para "dominarse", para ejecutar calmada, "limpiamente" sus acciones resultan infelizmente recurrentes. Su comprensión supone al menos la consideración de cuatro dificultades que emergen, evidentes, en el ejercicio de la asistencia clínico-psicológica: dificultad para controlar los impulsos, falta de madurez del yo y consecuente disminución de la capacidad para tomar decisiones, dificultad para lograr un desempeño conductual fluido y sin errores reiterados, pérdida del sentido de orientación ante lo cotidiano.

Trastorno en las relaciones interpersonales: Las dificultades emocionales y su implicación con los trastornos del autocontrol, parecen limitar la disposición de los aquejados para lidiar con las exigencias intrínsecas de las relaciones interpersonales, especialmente cuando se trata de personas que no les resultan íntimas o emocionalmente cercanas. Una manera de identificar en la práctica clínica este indicador, supone valorar en el aquejado los siguientes síntomas: apatía, desgano o incapacidad para hacer vida pública, incomodidad ante la presencia de personas que

[214] MÁRQUEZ PÉREZ, J.F.: "Trastornos neuróticos: ¿vigencia u ocaso de las neurosis?", Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Duazary 1º semestre de 2009, Vol. 6, nº 1.
Véase también: HIDALGO ANIAS, N.M.: *Validación de una escala de trastorno neuróticos (Validation of a scale of neurotic disorders)*, Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud, Humanidades Médicas 2012, 1(1): 9-21.

no les resultan íntimas o cercanas, deseo de aislarse y evitar la asiduidad de relaciones interpersonales, pudiendo producirse agresividad defensiva.

Deterioro de los intereses: dificultad para el autocontrol e incapacidad para dominar sus intereses, que supone: una concreción de los intereses, gustos, preferencias, inclinaciones habituales del individuo, dejando de movilizar su comportamiento y desarrollando una apatía ante eventos, situaciones, actividades, localizaciones y personas que antes lo motivaban, presencia de períodos en que solo hablan, piensan y se concretan en sus dolencias psicológicas, presencia en los casos más severos de una involución de intereses tan severa que lleva a la idea suicida.

Disminución del rendimiento intelectual: dificultad para mantener los procesos básicos del pensamiento a un nivel, al menos similar al habitual para el individuo antes de comenzar a sufrir las manifestaciones del trastorno neurótico, que supone: incapacidad para resolver tareas intelectuales con niveles de rendimiento similares a los habituales antes de aparición del trastorno, dificultad para concentrarse, merma de la productividad intelectual.

Deterioro de la autoestima: su identificación clínica se concreta en: sensación de incapacidad y falta de confianza en si mismo, sentimientos de dependencia, minusvalías múltiples (imagen corporal, desempeño profesional, adecuación a sus roles familiares).

5. Base psico-biológica de las emociones. La importancia de la inteligencia emocional

Las emociones poseen un papel fundamental en nuestra supervivencia. No sólo están implicadas en la activación y coordinación de los cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales necesarios para ofrecer una respuesta efectiva a las demandas del ambiente, sino que son elementos fundamentales en la toma de decisiones y una fuente útil de información acerca de la relación entre el individuo y su medio[215].

Relevantes neurocientíficos han reconocido en sus obras cuál era la base biológica de las emociones[216]. Estas obras supusieron una ruptura con la neurociencia tradicional que entendía una disgregación de la razón y la emoción. Sin embargo, este enfoque y el de otros muchos neurocientíficos coetáneos demostraron que las emociones son esenciales para el pensamiento racional, conducta social y la toma de decisiones. En 1997 SALOVEY[217] y MAYER[218] concep-

[215] MAYER, J. D., ROBERTS, R. D., & BARSADE, S. G.: "Human Abilities: Emotional Intelligence", *Annu. Rev. Psychol*, *59*, 2008; pp. 507–36. doi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093646.
[216] DAMASIO, A. R.: *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*, 1996; LEDOUX, J., & BEMPORAD, J. R.: "The emotional brain", Journal of the American Academy of Psychoanalysis, *25*(3), 1997; pp. 525-528 y PANKSEPP, J.: "Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions", Oxford university press, 1998.
[217] SALOVEY, P.: Psicólogo social de origen americano y actual presidente de la Universidad de Yale. Co-padre del término *Inteligencia Emocional*.
[218] MAYER, J.: Psicólogo de la personalidad de origen americano y actual profesor en la Universidad de New Hampshire. Co-padre del término *Inteligencia Emocional*.

tualizan esas habilidades cognitivas de procesamiento de la información emocional, con el término inteligencia emocional, que consiste en la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones. Concretamente, el modelo teórico de estos autores plantea un constructo formado por cuatro ramas o competencias emocionales:

1) *Percepción emocional*: las emociones son percibidas, identificadas, valoradas y expresadas. Se trata de la habilidad para percibir las propias emociones y la de los demás, así como percibir emociones en objetos, arte, historias, música y otros estímulos. Incluye la capacidad para expresar las emociones adecuadamente. También la capacidad de discriminar entre expresiones precisas e imprecisas, honestas o deshonestas.

2) *Facilitación emocional del pensamiento*: las emociones sentidas entran en el sistema cognitivo como señales que influencian la cognición (integración emoción y cognición). Las emociones priorizan el pensamiento y dirigen la atención a la información importante. El estado de humor cambia la perspectiva del individuo, desde el optimismo al pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista. Los estados emocionales facilitan el afrontamiento. Por ejemplo, el bienestar facilita la creatividad.

3) *Comprensión emocional*: comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. Las señales emocionales en las relaciones interpersonales son comprendidas, lo cual tiene implicaciones para la misma relación. Capacidad para etiquetar emociones, reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones. Se consideran las implicaciones de las emociones, desde el sentimiento a su significado; esto significa comprender y razonar sobre las emociones para interpretarlas. Por ejemplo, que la tristeza se debe a una pérdida. Habilidad para comprender sentimientos complejos; por ejemplo, el amor y odio simultáneo hacia una persona querida (pareja, hijos) durante un conflicto. Habilidad para reconocer las transiciones entre emociones; por ejemplo de frustración a ira, de amor a odio.

4) *Regulación emocional* (*emotional management*): regulación reflexiva de las emociones para promover el conocimiento emocional e intelectual. Los pensamientos promueven el crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las situaciones de la vida. Habilidad para distanciarse de una emoción. Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros. Capacidad para mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas, sin reprimir o exagerar la información que transmiten.

Las emociones, su regulación y sus potenciales implicaciones en nuestra vida diaria han suscitado un interés creciente en la última década. Gran parte de esta expectación se debe a la irrupción de un nuevo ámbito de estudio denominado Inteligencia Emocional (IE). Las investigaciones sobre los vínculos entre emoción e inteligencia no son nuevas pero desde que Salovey y Mayer acuñaron el término en 1990, el campo de estudio de la IE ha generado un progresivo desarrollo de trabajos e investigaciones. En la actualidad, el debate sobre las diferentes aproximaciones teóricas al constructo, su carácter genuino con respecto a otras inteligencias o su simi-

litud con otros conceptos clásicos como personalidad, autoestima o estados de ánimo sigue abierto y sustenta gran parte de los comentarios de sus críticos[219].

Numerosas investigaciones han señalado como la personalidad, el nivel cognitivo, los problemas de atención o hiperactividad, la baja autoestima, las actitudes tolerantes hacia la agresión, los estilos educativos de los padres, el estatus socioeconómico o la salud mental, son factores importantes que predicen las conductas agresivas desde la infancia y la perpetúan en la edad adulta[220]. El origen y manifestación de conductas agresivas se muestra desde los primeros meses de vida. IZARD y colaboradores demostraron cómo a los tres meses ya se veían indicios de expresión de enfado[221]. Aunque es a los tres años de edad, cuando se pueden observar indicios de comportamiento agresivo, no encontrándose grandes diferencias en cuanto al género. A partir del tercer año y hasta el sexto, las diferencias entre niños y niñas se hacen más evidentes. El sexo masculino manifiesta un número más elevado de agresiones físicas, mientras que las niñas usan estrategias mas indirectas de agresión, como la verbal, la exclusión, la difamación o el cotilleo[222]. Sin embargo, es durante la adolescencia y juventud temprana cuando el impacto de las conductas agresivas se hace más acusado. Esto puede ser debido a varias razones: en primer lugar, porque a medida que aumenta la edad, también lo hace la fuerza física y el tipo de interacciones sociales y las emociones se vuelven más complejas añadiendo dificultad para la gestión efectiva y adaptativa de las mismas; en segundo lugar, porque en la adolescencia la participación en bandas o pandillas en las escuelas, favorece diferentes formas de violencia que se ejerce sobre todo, contra compañeros más jóvenes; por último, porque la prevalencia de conductas agresivas entre diferente sexo es mayor y la violencia entre ambos se convierte en un conflicto más habitual[223]. Por todo ello, los periodos de edad que comprenden la infancia y la adolescencia se convierten en etapas especialmente relevantes para el desarrollo y perpetuación de conductas agresivas. Por lo que la infancia, podría suponer la adquisición y aprendizaje de conductas adaptativas y socialmente efectivas de resolución de conflictos. Mientras que la adolescencia supondría la integración y consolidación de las mismas, posibilitando la perpetuación de conductas agresivas y desadaptativas en periodos posteriores en el desarrollo, como la juventud temprana. Por todo ello, ambos periodos se convierten en momentos cruciales para el desarrollo socio-emocional de cualquier individuo.

---

[219] MATTHEWS, G., ZEIDNER, Z. & ROBERTS, R. D.: "Emotional intelligence: Science and myth", The MIT Press, 2002.

[220] LOEBER, R. & HAY, D.: "Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood", Annual Review of Psychology, Vol. 48, 1997; pp. 371-410 - DOI: 10.1146/annurev.psych.48.1; TREMBLEY, R., NAGÍN, D., SEGUIN, J., ZOCCOLLILO, M., ZELAZO, P., BOIVIN, M., PÉRUSSE, D. Y JAPPEL, C.: "Physical Aggression during early childhood: trajectories and predictors", Pediatrics núm. *114*, 2004; pp. 43-50.

[221] IZARD CARROLL, E.; FANTAUZZO, CHRISTINA A.; CASTLE, JANINE M.; HAYNES, O. MAURICE; RAYIAS, MARIA F.; PUTNAM, PRISCILLA H.: "The ontogeny and significance of infants' facial expressions in the first 9 months of life", Developmental Psychology, Vol 31, núm. 6, 1995, pp. 997-1013.

[222] HAY. D.: "Social conflict in early childhood", Annual Child Development, Vol. 1, 1984; pp. 1-44.

[223] LOEBER. R. & HAY. D.: "Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood", … cit.

Una de las líneas de investigación más activas dentro del campo de la IE trata de establecer la utilidad de la misma en diversas áreas vitales de las personas. Existen evidencias de que la IE es un predictor significativo del funcionamiento social y personal del individuo[224]. Por ejemplo, la IE se ha relacionado con estrategias de afrontamiento más adaptativas y con una mayor capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos, por lo que cabe pensar que la IE podría modular la manifestación de conductas agresivas. De hecho, recientemente, se ha mostrado como la IE tiene un papel relevante en la prevención de conductas agresivas, así como, en la promoción de aspectos positivos relacionados con la competencia social. Las habilidades básicas para reconocer, comprender y regular las emociones propias y ajenas favorecen el desarrollo de competencias específicas para resolver con eficacia un conflicto y poseer unas relaciones sociales más positivas y saludables. Sin embargo, bajos niveles de IE se asocian con peores habilidades sociales y comportamientos conflictivos, favoreciendo el desarrollo de conductas agresivas[225].

Diferentes investigaciones apuntan cómo diferentes habilidades relacionadas con la IE tienen un papel relevante en el comportamiento social desde la infancia. Por una parte, varios estudios han puesto de manifiesto cómo la percepción e interpretación de emociones y una respuesta emocional acorde a esas señales emocionales, se desarrolla en edades tempranas afectando la calidad de las interacciones sociales. Además, dicha habilidad parece predecir el comportamiento social a largo plazo[226]. Por otro lado, existe también evidencia de la importancia de la regulación de emociones negativas en la niñez, convirtiéndose esta habilidad en un factor preventivo de posteriores conductas agresivas[227]. Además, el conocimiento emocional parece que se relaciona positivamente con habilidades sociales como la auto-asertividad y el comportamiento cooperativo, haciendo posible la capacidad para empatizar con los demás y desarrollar comportamientos pro-sociales[228].

En lo que respecta al periodo de la adolescencia, varios trabajos indican cómo aquellos estudiantes con mayor IE son más conscientes y precisos en la comprensión de emociones que subyacen en un conflicto, y utilizaban estrategias de resolución más pacíficas. Por el contrario, los adolescentes con niveles más bajos de IE, se muestran más agresivos y tienden a desarrollar

---

[224] SCHUTTE, N.S., MALOUFF, J.M., BOBIK, C., COSTON, T.D., GREESON, C., JEDLICKA C., RHODES, E. y WENDORF, G.: "Emotional Intelligence and Interpersonal Relations", The Journal of Social Psychology, Vol. 141, 2001; pp. 523-536.

[225] BRACKETT, M.A., RIVERS, S.E., y SALOVEY, P.: "Emotional Intelligence: implications of personal, social, academic and workplace success", Social and Personality Psychology Compass, Vol. 5, 2011; pp. 88-103; DOI: 10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x.

[226] SCHULTZ, D., IZARD, C. E., ACKERMAN, B. P. & YOUNGSTROM, E.A.: "Emotion knowledge in economically disadvantaged children: self-regulatory antecedents and relations to social difficulties and withdrawal", Development and Psychopathology, Vol. 13, Cambridge University Press 2001; pp.53-67.

[227] UNDERWOOD, M.K; COIE, J.D. & HERBSMAN, C.R.: "Display rules for anger and aggression in School-Age children", Child Development, Vol. 63, núm. 2, 1992; pp. 366-380.

[228] IZARD. C. FINE, S., SCHULTZ. D., MOSTOW. A., ACKERMAN. B. & YOUNGSTROM. E.: "Emotion Knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk", Psychological Science, 12, 2001; pp. 18-23.

mayor cantidad de conductas conflictivas[229]. Trabajos posteriores han corroborado como bajos niveles de IE se relacionan con impulsividad y un peor manejo emocional, lo cual aumenta la probabilidad de realizar conductas disruptivas, antisociales y de riesgo para la salud. Además, la incapacidad para comprender y regular sus emociones parece que impide solucionar conflictos interpersonales de manera efectiva, dando lugar a relaciones sociales más pobres y problemáticas[230].

En la juventud temprana, la IE también posee una capacidad predictiva sobre diferentes aspectos de la interacción social, como el comportamiento prosocial, las estrategias efectivas de resolución de conflictos, la habilidad en la búsqueda de soluciones alternativas, etc. Los estudiantes con mayores destrezas de comprensión y regulación emocional gozan de mejores niveles de adaptación social, mejores relaciones sociales con compañeros y familiares, relaciones menos conflictivas con amigos, y mejor ajuste psicológico[231].

En conclusión, la IE se convierte en un factor clave relacionado con una adecuada competencia social. En primer lugar, porque ayuda a detectar estados afectivos en los demás y actuar de manera acorde a la situación. En segundo lugar, porque mejora la consciencia y conocimiento de las emociones ajenas y por tanto, permite adoptar perspectivas diferentes ante un conflicto, mejorar la comunicación y favorecer la empatía o la resolución de conflictos de manera más cooperativa. Y por último, porque favorece la regulación de las emociones propias y ajenas de manera más efectiva. Asimismo, dado su poder predictor desde edades tempranas en el desarrollo, la IE puede ser un importante recurso preventivo, pues permite su desarrollo y entrenamiento frente a aspectos psicológicos tradicionalmente relacionados con la conducta agresiva y/o disruptiva que se caracterizan por ser más estables y difícilmente modificables.

Adicionalmente, tal y como se comentaba anteriormente, las habilidades de IE son destrezas cognitivas necesarias y útiles en el procesamiento efectivo de la información emocional. Es bien conocido que la experimentación de eventos estresantes en cualquier etapa del ciclo

---

[229] MAYER. J., PERKINS. D., CARUSO. D. & SALOVEY. P.: "Emotional Intelligence and giftedness", Roeper Review, Vol. 23, 2001; 131-137.

[230] BRACKETT. M. A., MAYER. J. D. & WARNER. R. M.: "Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour" [Empirical Study. Quantitative Study. Journal Article], Personality and Individual Differences, Vol. 36, núm. 6, 2004; pp. 1387-1402. Véase también: CASTILLO, R., M. SALGUERO, J., FERNÁNDEZ BERROCAL, P., BELLUERKA, N.: "Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents", Journal of Adolescent, Elsevier, núm. 36, 2013; pp. 883-892. RUÍZ-ARANDA, D., CASTILLO, R., SALGUERO MARTIN, J., CABELLO, R., FERNÁNDEZ BERROCAL, P. & BALLUERKA, N.: "Short- and Midterm Effects of Emotional Intelligence Training on Adolescent Mental Health", Journal of Adolescent Health núm. 51, Elsevier, 2012; pp. 462-467.

[231] LOPES. P. N., BRACKETT. M. A., NEZLEK. J. B., SCHUTZ. A., SELLIN. I. & SALOVEY. P.: "Emotional intelligence and social interaction" [Empirical Study. Quantitative Study. Journal Article], Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 30, núm. 8, 2004; pp. 1018-1034; RIVERS. S. E., BRACKETT. M. A., REYES, M. R. & SALOVEY. P.: "Emotion skills in early adolescence: Relationships to academic and social functioning", Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New York, NY, 2008.

madurativo, puede estar fuertemente asociada con ideas o actos delictivos[232]. Otras investigaciones han mostrado como en muestras clínicas, las habilidades emocionales son deficientes en comparación con muestras de población normal[233]. Estos resultados confirman la existencia de un patrón psicológico en muestras clínicas, caracterizado por una ausencia de destrezas emocionales y sintomatología emocional excesivamente intensa que se convierte en un factor facilitador para la realización de conductas delictivas.

Ya describía con suma minuciosidad DANIEL GOLEMAN en su conocida y reconocida obra *Inteligencia emocional*[234] cuál era la base biológica de nuestras emociones, explicando que éstas son, en esencia, impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución.

La distinta impronta biológica propia de cada emoción evidencia que cada una de ellas desempeña un papel único en nuestro repertorio emocional. La aparición de nuevos métodos para profundizar en el estudio del cuerpo y del cerebro confirma cada vez con mayor detalle la forma en que cada emoción predispone al cuerpo a un tipo diferente de respuesta. De este modo, el *enfado o enojo* aumenta el flujo sanguíneo a los músculos, haciendo más fácil empuñar un arma o golpear al enemigo. También aumenta el ritmo cardiaco y la secreción de hormonas que, como la adrenalina, generan las condiciones fisiológicas y la cantidad de energía necesaria para acometer acciones vigorosas, bien sea de defensa/ataque o huida.

En el caso del *miedo*, la sangre, por ejemplo, se retira de la piel (lo que determina palidez y sensación de "quedarse frío", lo que en caso de herida, disminuiría la pérdida de sangre) y fluye a la musculatura esquelética larga (piernas, por ejemplo) para favorecer la huida. Si el miedo es muy intenso y las posibilidades de huida se anticipan nulas o inútiles, la reacción puede ser de paralización. Así, el cuerpo parece paralizarse, aunque sólo sea un instante, para calibrar, tal vez, si el hecho de parecer inerme (hacerse el muerto para evitar un ataque lesivo) u ocultarse mimetizado con el medio (pasar desapercibido) pudiera ser una respuesta más efectiva que la huida. Las conexiones nerviosas de los centros emocionales del cerebro desencadenan también una respuesta hormonal que pone al cuerpo en estado de alerta general, sumiéndolo en la inquietud y predisponiéndolo para la acción, mientras la atención se fija en la amenaza inmediata con el fin de evaluar la respuesta más apropiada.

En el polo opuesto, el de la *alegría*, satisfacción u obtención de recompensa, uno de los principales cambios biológicos producidos consiste en el aumento de la actividad en un centro cerebral que se encarga de inhibir los sentimientos negativos y de aquietar los estados que generan la preocupación, al mismo tiempo que aumenta el caudal de energía disponible. En este caso no hay un cambio fisiológico especial, salvo quizás una sensación de tranquilidad que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente de la excitación biológica provocada por las emociones perturbadoras. Esta condición proporciona al cuerpo un reposo, un entusiasmo y una disponibi-

---

[232] MEGREYA, A. M.: "Emotional intelligence and criminal behavior", *Journal of forensic sciences*, *60* (1), 2015; pp.84-88.
[233] FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., & EXTREMERA, N.: "Ability emotional intelligence, depression, and well-being", *Emotion Review*, *8* (4), 2016; pp. 311-315.
[234] GOLEMAN, D.: *Inteligencia emocional* (Traducción de David González Raga y Fernando Mora), 19ª ed, Editorial Kairós, Barcelona 1997.

lidad para afrontar cualquier tarea que esté llevando a cabo para fomentar también, de este modo, la consecución de una amplia variedad de objetivos.

El *amor*, los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual activan el sistema nervioso parasimpático (el opuesto fisiológico de la respuesta de "lucha-huída" propia del miedo y la ira). La pauta de reacción parasimpática, ligada a la respuesta de relajación, engloba un amplio conjunto de reacciones que implican a todo el cuerpo y que dan lugar a un estado de calma y satisfacción que favorece la convivencia.

El arqueo de las cejas que aparece en los momentos de *sorpresa* aumenta el campo visual y permite que penetre más la luz en la retina, lo cual nos proporciona más información sobre el acontecimiento inesperado, facilitando así el descubrimiento de lo que realmente ocurre y permitiendo elaborar, en consecuencia, el plan de acción más adecuado.

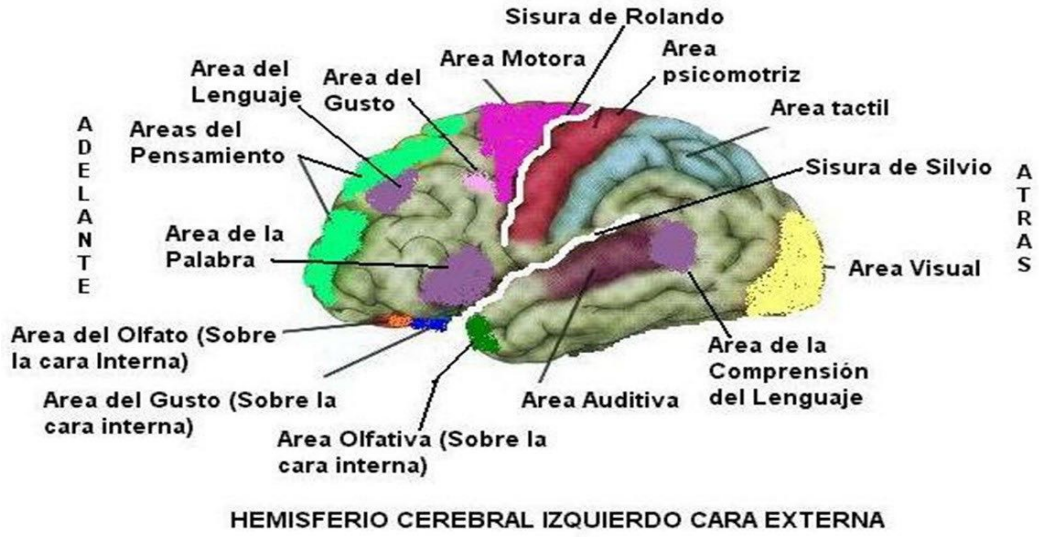
El gesto que expresa *desagrado* parece ser universal y trasmite el mensaje de que algo resulta literal o metafóricamente repulsivo para el gusto o para el olfato. La expresión facial de disgusto (ladeando el labio superior y frunciendo ligeramente la nariz) sugiere un intento primordial de cerrar las fosas nasales para evitar un olor nauseabundo o para expulsar un alimento tóxico.

La principal función de la *tristeza* consiste en ayudarnos a asimilar una pérdida irreparable (muerte de un ser querido, un gran desengaño, …). Provoca la disminución de la energía y del entusiasmo por las actividades vitales (especialmente las diversiones y los placeres) y cuanto más se profundiza y se acerca a la depresión, más se ralentiza el metabolismo corporal. Este encierro introspectivo nos brinda así la oportunidad de llorar una pérdida a una esperanza frustrada, sopesar sus consecuencias y planificar, cuando la energía retorna, un nuevo comienzo. Esta disminución de energía debe haber mantenido tristes y apesadumbrados a los primitivos seres humanos en las proximidades de su hábitat o refugio, que era donde más seguros podían encontrarse.

Estas predisposiciones biológicas a la acción son modeladas posteriormente por nuestras experiencias vitales y por el medio cultural en que nos ha tocado vivir. La pérdida de un ser querido, por ejemplo, provoca universalmente tristeza y aflicción, pero la forma en que lo expresamos es moldeada por nuestra cultura, como también lo es, por ejemplo, el tipo concreto de personas que entran en la categoría de "seres queridos" y que, por tanto, deben ser llorados.

El largo periodo evolutivo durante el cual fueron moldeándose estas respuestas fue, sin duda, el más crudo que ha experimentado la especie humana desde la aurora de la historia. Fue un tiempo en el que muy pocos niños lograban sobrevivir a la infancia, un tiempo en el que pocos adultos llegaban a cumplir los treinta años, un tiempo en el que los depredadores podían atacar en cualquier momento, un tiempo, en suma, en el que la supervivencia o la muerte por inanición dependían del umbral impuesto por la alternancia entre sequías e inundaciones. Con la invención de la agricultura y la domesticación animal, las probabilidades de supervivencia aumentaron radicalmente. Estas mismas presiones son las que terminaron convirtiendo a nuestras respuestas emocionales en un eficaz instrumento de supervivencia pero, en la medida en que han ido desapareciendo, nuestro repertorio emocional ha ido quedando obsoleto y a veces, con respuestas a todas luces excesivas o inapropiadas.

Figura 3: Dibujo del hemisferio cerebral izquierdo



Los programas de educación emocional y social se basan en la promoción de aspectos emocionales y sociales desde edades tempranas, con el objetivo de prevenir problemas y desarrollar mecanismos para un ajuste psicológico óptimo[235]. Estos programas se sustentan en la idea de que determinados problemas emocionales y sociales pueden estar a la base de la desadaptación, los problemas de conducta y el desajuste psicológico. La evidencia científica acerca de la efectividad de los citados programas en el contexto educativo, ha mostrado que el desarrollo de estas destrezas tiene un importante impacto en la adaptación psico-social, en la salud física y mental, en el rendimiento académico y en las relaciones sociales de los estudiantes.

Los programas de educación emocional y social se integran dentro del centro educativo, es decir las habilidades se enseñan, aplican, aprenden y modelan con el fin de ayudar a adquirir un repertorio de destrezas que se pueden utilizar y poner en práctica para un desarrollo óptimo en el día a día[236]. En la actualidad los dos enfoques teóricos sobre los que se sustentan los programas de educación emocional y social con mayor apoyo empírico son:

[235] DURLAK, J.A; WEISSBERG, R.P.; DYMNICKI, A.B; TAYLOR, R; & SCHELLINGER, K.B.: "The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions", Child Development, Vol. 82, 2011; pp. 405-432 - DOI: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.

[236] TRUJILLO FLORES, M. M. y RIVAS TOVAR, L. A:. "Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional", Innovar [online]. 2005, vol.15, n.25 [cited 2016-12-14], pp.9-24.

I - Los programas desarrollados en base al modelo de Habilidad de IE, (Mayer y Salovey)[237]. Estos programas promueven el desarrollo de las destrezas que comprenden las cuatro ramas del modelo teórico de IE: (a) percepción emocional; (b) uso de las emociones para facilitar el pensamiento; (c) comprensión emocional y (d) regulación emocional.

II - Los programas de educación emocional y social fundados en el modelo de Competencias Emocionales (Goleman), el cual se basa en el desarrollo y mejora de cinco conjuntos de competencias emocionales, cognitivas y comportamentales: (a) habilidades de autoconsciencia; (b) manejo emocional; (c) consciencia social; (d) relaciones interpersonales (e) toma de decisiones responsable.

6. Visión general de la forma de funcionamiento del sistema nervioso

Las emociones como cualquier otra función mental son consecuencia de una forma de funcionamiento del cerebro y, con él, del conjunto del sistema nervioso. Conocer, aunque sea de manera somera, cual es su forma de funcionamiento es fundamental para comprender cómo y por qué puede producirse un funcionamiento anómalo bien sea estructural o reactivo. Y cómo, consecuencia de ese funcionamiento anómalo pueden derivarse conductas lesivas constitutivas de delito.

El sistema nervioso es en extremo importante[238] y quizás es el sistema que mejor define a la persona y sin duda el que mejor define a la persona bajo el punto de vista jurídico. Gracias a su funcionamiento integrado, el hombre tiene conciencia de sí mismo y de su ambiente; está capacitado para comprender y asignar un significado a lo que contempla, de aprender, manipular y abstraer de un modo sumamente eficiente. Además de establecer contacto e interactuar con el ambiente externo. El sistema nervioso realiza también una función integradora que coordina las actividades de todos los diferentes sistemas del cuerpo y su interacción con el medio. El sistema nervioso coordina y regula todas las respuestas de nuestro cuerpo y del funcionamiento de nuestra mente. Podemos distinguir varias zonas de ese sistema nervioso pero todas actúan de manera integrada. Así distinguimos el sistema nervioso central, cuyo principal exponente es el cerebro. Y un sistema nervioso periférico en el que encontramos los nervios, con sus terminaciones sensitivas o efectoras. Mediante esas terminaciones y esos nervios el cerebro capta información de medio externo y medio interno. El celebro evalúa y elabora esa información y da la respuesta que considera más adecuada; respuesta u orden de actuación que también se transmite a los nervios periféricos para que con ellos llegue a los efectores correspondientes. La respuesta de esos efectores puede ir desde una simple contracción o secreción hasta una conducta extraordinariamente elaborada. Respuesta y conducta que puede estar dentro de lo que se puede

[237] FERNÁNDEZ BERROCAL, P. y EXTREMERA PACHECO, N.: "La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey", Dialnet, nº 54, 2005; pp. 63-94.
[238] BROWN, T.S., WALLECE, P.M.: *Psicología fisiológica*, Editorial Mc Graw Hill Mexico, 1989 y BRADY, J.R.: *Sistema nervioso*, Editorial Limusa, 5ªed, Mexico, 1991.

considerar normal o esperable, puede ser totalmente anormal o inesperable, y todas las gradaciones intermedias posibles o imaginables.

En cualquier caso, todo es consecuencia de un funcionamiento (normal o anormal) del cuerpo y la mente. Y la mente, por decirlo de una forma simple, sería el cerebro en funcionamiento.

Funcionamiento del cerebro

Las neuronas son las células fundamentales del cerebro y del sistema nervioso. Las neuronas se interconectan formando redes de comunicación (y acción) que transmiten señales por zonas (o vías) definidas (o por definir) del sistema nervioso. Las funciones complejas del sistema nervioso, y también del cerebro, son consecuencia de la interacción entre redes de neuronas, y no el resultado de las características específicas o la actividad aislada de cada neurona individual. La forma y estructura de cada neurona se relaciona muy bien con esa función, la cual puede ser varias o todas las siguientes:

- Recibir señales desde receptores sensoriales o desde otras neuronas
- Conducir estas señales como impulsos nerviosos, que consisten en cambios en la polaridad eléctrica a nivel de su membrana celular
- Transmitir las señales a otras neuronas o a células efectoras.
- Determinar acciones. En términos generales estas acciones se pueden agrupar en tres tipos: determinar estimulación (o también inhibición), determinar secreción, determinar contracción. La secreción y la contracción también son el resultado de una estimulación, y también puede darse inhibición de la secreción o la contracción. La secreción puede ser de distintas sustancias pero entre ellas hay que destacar los neurotransmisores que son los elementos por los que se comunica la célula nerviosa. La secreción también puede ser vertida a circulación y en ese caso ya hablaríamos de hormona. Con las múltiples respuestas que de su liberación y acción se derivaría. La contracción puede ser la de un solo músculo o la que implica toda una respuesta conductual extraordinariamente elaborada como puede ser la de lucha o huida, con todas sus gradaciones intermedias.

Estructura de la neurona

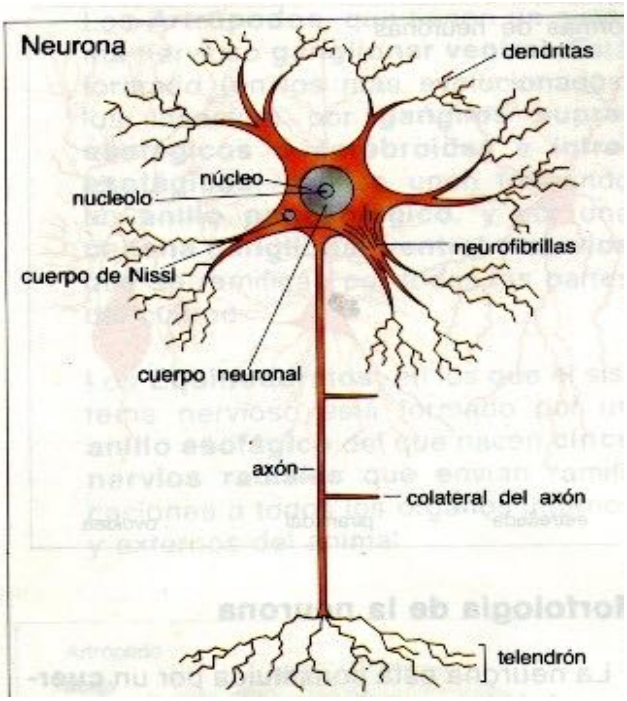
En cada neurona existen cuatro zonas diferentes:

- Soma o cuerpo neuronal: zona de la célula donde se ubica el núcleo y desde la que nacen dos tipos de prolongaciones, las dendritas y el axón.
- Dendritas: prolongaciones que son numerosas y aumentan el área de superficie celular disponible para recibir información.
- Axón: prolongación única que conduce el impulso nervioso de esa neurona hacia otras células ramificándose en su porción terminal (telodendrón) estableciendo conexión (sinapsis) con las dendritas o el soma de otras neuronas.

• Sinapsis: uniones celulares especializadas por donde se transmite el impulso nervioso de una neurona a otra. Están ubicadas en sitios de vecindad estrecha entre los botones terminales de las ramificaciones del axón y la superficie de otras neuronas o sus dendritas.

El tamaño de las células nerviosas es muy variable y su cuerpo celular puede llegar a medir hasta 150 um y su axón más de 100 cm.

Figura 4: Dibujo de la estructura de una neurona



Funcionamiento de la célula nerviosa:

La célula nerviosa (neurona) tiene como funciones principales, la generación y propagación del potencial de acción (impulso o señal nerviosa) a través del axón así como su transmisión a otras neuronas o a células efectoras para inducir una respuesta. Las neuronas pueden ser muchas y estimularse de manera encadenada formando un circuito. Las células efectoras son también muchas e incluyen, entre otras, el músculo esquelético y cardiaco, la musculatura lisa de vasos y diversos órganos, así como las glándulas exocrinas y endocrinas directamente reguladas por el sistema nervioso.

En términos muy genéricos se puede afirmar que la función de la célula nerviosa es actuar sobre otra célula y esa actuación se agruparía en dos grandes modalidades: función estimulante y función inhibitoria. Es decir, estimular a otras neuronas o a células efectoras, o inhibirlas. En cualquier caso, la forma común de funcionamiento consiste en la llegada de un estímulo (estímulo que por lo general es la llegada de un neurotransmisor) el cual determina una descarga eléctrica o despolarización que se transmite en forma de impulso eléctrico (onda de despolarización) a través del axón. La despolarización (y la onda de despolarización) es un fenómeno

eléctrico causado por el intercambio de iones Na+ y K+ a través, y a lo largo, de la membrana. Al llegar esa onda a la términal axónica se libera por dicha terminal otro neurotransmisor que, a su vez, estimula o inhibe a otra célula, y así sucesivamente.

Para estimular (o inhibir), el neurotransmisor lo que hace es unirse a un receptor específico presente en la célula receptora del impulso. Sin neurotransmisor o sin receptor no hay transmisión de impulso. Los receptores son bastante específicos para el neurotransmisor, o sea sólo responden a él. El número de receptores que expresan las células es abundante (pero puede variar de unas células a otras o de unas situaciones a otras). También puede variar la afinidad (o facilidad) con que neurotransmisor y receptor se unan. Si el número de receptores es bajo, o la afinidad con la que se unen neurotransmidor y receptor es baja, la transmisión del impulso de una célula a otra se ve disminuida o incluso directamente bloqueada. Normalmente una célula produce y libera un tipo de neurotransmisor, o como mucho unos pocos tipos, por el contrario suele disponer de múltiples tipos de receptores que le permiten responder a muchos tipos de sustancias (neurotransmisores, hormonas, fármacos, sustancias naturales…). Para acabarlo de complicar, se sabe que para un mismo neurotransmisor existen, o pueden existir, varios tipos de receptores, que van a determinar que se produzcan distintos tipos de respuesta por parte de la célula. Además, esa respuesta está mediada por la generación de distintos tipos de mecanismos que se producen dentro de la célula y que pueden hacer que la respuesta de la misma sea también variable. Como se puede apreciar, las posibilidades de funcionamiento y, sobre todo, de alteraciones de ese funcionamiento son enormes. Y pueden ser alteraciones que determinen alteraciones más o menos importantes dentro de la normalidad o una gran anormalidad. Alteraciones que pueden ser variables en el tiempo tanto en su aparición como en su intensidad. Se explica, así, la enorme variedad de posibilidades de funcionamiento del sistema nervioso, de posibles conductas y de capacidad adaptativa, y también la posibilidad de que ese funcionamiento deje de ser normal y se convierta en una gran variedad de posibles trastornos mentales, y en ellos se presente una enorme variedad en sus manifestaciones, en su evolución y en su respuesta a los tratamientos.

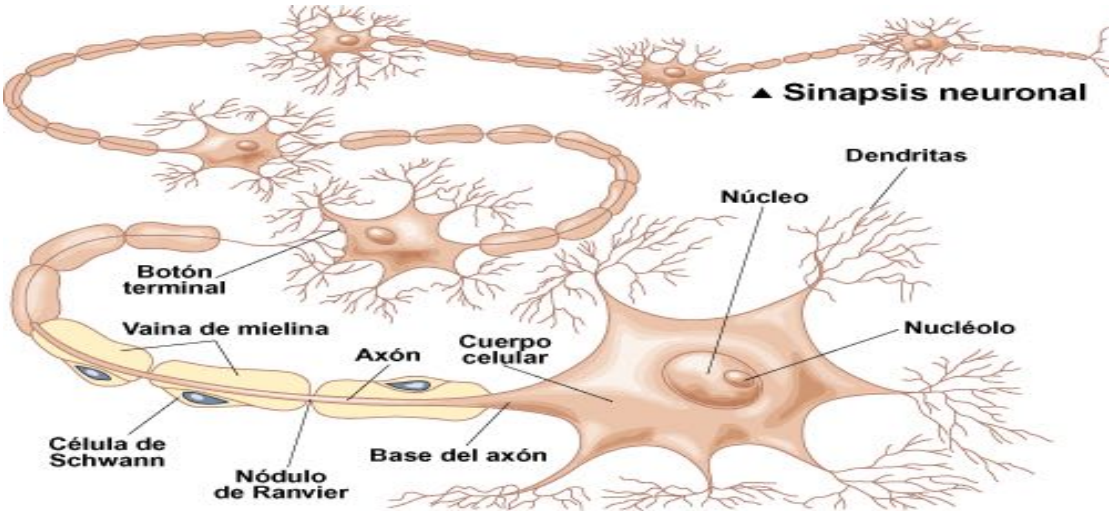
Sin perder de vista esa complejidad y variabilidad, volvamos a algo mucho más simple y cuya comprensión es importante desde el punto de vista jurídico penal; nos estamos refiriendo a la transmisión del impulso nervioso de una neurona a otra. Ese impulso nervioso representa una orden o "estímulo" para la célula que puede ser de carácter excitatorio (lo dicho más arriba) o inhibitorio (inhibe a la célula determinando que no responda o responda menos a la llegada de un estímulo). Además de los neurotransmisores, otras sustancias, como por ejemplo fármaco o drogas, pueden también estimular de manera más o menos específica a las neuronas, determinando su excitación o su inhibición. Los fenómenos de excitación e inhibición hay que considerarlos de manera relativa; así, la excitación de una neurona, o de una vía excitatoria, determina excitación; la excitación de una neurona, o de una vía inhibitoria, determina inhibición; la inhibición de una neurona o vía excitatoria resulta en inhibición; la inhibición de una neurona o vía inhibitoria da como resultado excitación. Y todo ello puede ocurrir de manera simultánea en distintas vías. Así, una sustancia endógena (producida por el propio organismo) o exógena (llegada del exterior) puede ocasionar excitación de algunas vías (por excitación directa o por inhibición de sus vías inhibitorias) e inhibición de otras (por inhibición directa o por inhibición de sus vías excitatorias). En todo ello se pueden producir alteraciones o un mal funcionamiento, bien por exceso o por defecto.

Una misma neurona determinada recibe gran cantidad de estímulos de forma simultánea, positivos (estimulantes) y negativos (inhibitorios), de otras neuronas, o incluso de agentes endógenos o exógenos (drogas, fármacos) que le llegan por la circulación. Integra todas esas señales y genera varios patrones de impulsos diferentes. Éstos viajan a través del axón hasta la siguiente sinapsis. Una vez iniciada la propagación axonal del impulso nervioso, ciertas drogas o toxinas pueden, a su vez, modificar la cantidad de neurotransmisor liberada por el axón terminal. En el cerebro existe una disposición bastante compleja de vías que forman estructuras anatómicas formando zonas, aéras o núcleos pero que bajo el punto de vista son siempre vías de información/actividad más o menos especializadas en una función específica. Por ejemplo, la integración de estímulos visuales, o auditivos, la generación de patrones motores o la elaboración de ideas, representaciones mentales, recuerdos o pensamientos.

La neurotransmisión tiene también su propia capacidad de modular el impulso nervioso. Puede aumentar o disminuir el nivel de estimulación para generar una función o para responder a los cambios fisiológicos. Como hemos dicho, el neurotransmisor se segrega y se une a un receptor específico. La interacción entre neurotransmisor y receptor es lo que genera el efecto (la excitación o la inhibición). Más efecto se puede tener porque aumente la cantidad de neurotransmisor o porque aumente el número o la afinidad de los receptores. Y viceversa. El neurotransmisor una vez secretado es eliminado o recaptado pero tanto la eliminación o la recaptación por la propia célula que lo ha secretado se pueden también influenciar modificándose, por tanto, el efecto. Los receptores se pueden también activar o bloquear por otras sustancias distintas al neurotransmisor. En consecuencia, el proceso de transmisión de impulso nervioso y todas sus consecuencias se complica y enriquece de manera extraordinaria, y ello puede ocurrir para bien (o sea de una manera normal o adaptativa) o para mal (de una manera desadaptativa, anómala o directamente patológica).

Muchos trastornos neurológicos y psiquiátricos son debidos a un aumento o disminución de la actividad de determinados NT y muchas drogas pueden modificarla; algunas (p.ej., alucinógenos) producen efectos adversos y otras (p. ej., antipsicóticos) pueden corregir algunas disfunciones patológicas.

Figura 5: Dibujo de la sinapsis neuronal



Neurotransmisores[239] :

Un neurotransmisor (NT) es una sustancia química liberada selectivamente por una terminación nerviosa ante la llegada de un impulso o señal eléctrico. Este NT liberado interacciona con un receptor específico en una estructura adyacente y que, si se recibe en cantidad suficiente, produce una determinada respuesta fisiológica. Para ser un NT se debe tratar de una sustancia química debe estar presente en la terminación nerviosa, ser liberada por un impulso o señal nerviosa (PA) y, cuando se une al receptor, producir siempre el mismo efecto. Las distintas funciones cerebrales utilizan de preferencia un tipo, o unos pocos tipos de receptores, por lo que es conveniente analizar someramente cuales son los distintos neurotransmisores y las funciones en las que están implicados. Se conocen unos 18 neurotransmisores principales, varios de los cuales actúan de formas ligeramente distintas. Los más importantes se describen a continuación.

La serotonina es sintetizada por ciertas neuronas a partir de un aminoácido, el triptófano, que se encuentra en la composición de las proteínas alimenticias y dado que nuestro organismo no puede sintentizarlo depende estrictamente de su aporte en la dieta. La serotonina juega un papel importante en el estado de ánimo, el sueño y la sensibilidad a padecer jaquecas o migrañas. Niveles altos de serotonina producen calma, paciencia, control de uno mismo, sociabilidad, adaptabilidad y humor estable. Los nivel bajos, en cambio, hiperactividad, agresividad, impulsividad, fluctuaciones del humor, irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión, migrañas, trastornos obsesivo-compulsivos y dependencia (compras, juego, sexo, drogas, alcohol y otras sustancias), así como bulimia. La serotonina está también implicada en el sueño y es precursor la melatonina, hormona implicada en el mismo.

Ante ciertas situaciones estresantes (juego, compras, caza…) que requieren atención concentrada también se produce serotonina para mantenerse tranquilos y poder responder adecuadamente. En estas circunstancias, la inervación serotoninérgica de la corteza somatosensorial actuaría como filtro de señales sensoriales e incluso pensamientos, mecanismo diseñado para permitir al individuo una mejor valoración de la situación y toma de decisión.

Dicha afirmación se apoya en que la amígdala, estructura involucrada en procesos de decisión vital de ataque o huida, posee la densidad de inervación serotoninérgica más alta del cerebro[240]. Un estímulo artificial de producción de serotonina podría ser buscado mediante estos mecanismos y la implicación conductual eventualmente delictiva resulta evidente.

La dopamina es el NT de algunas fibras nerviosas y periféricas y de muchas neuronas centrales (p.ej., en la sustancia negra, el diencéfalo, el área tegmental ventral y el hipotálamo). Es el neurotransmisor implicado en la pulsión por la recompensa, en la "búsqueda del placer", percepción de estímulos placenteros, y de las emociones así como el estado de alerta. Si los niveles son altos, se relaciona con el buen humor, espíritu de iniciativa, motivación, búsqueda

[239] ROZADOS, R.: *Los neurotransmisores en general*, www.psicomag,com (web de utilidad en formación médica continuada, reconocida por EAMIR y avalada por el Colegio Oficial de médicos de Barcelona), 2007.
[240] SOTO RUANO, A., GOBERNADO FERRANDO, I., MARTÍN LARRÉGOLA, M., LÁZARO REDONDO, M.M., LOUREIRO GONZÁLEZ, A.: "Aspectos etiopatogénicos" en *La depresión y sus máscaras*, Editorial Panamericana, Madrid 2008, pp. 72 a 74.

de la novedad y deseo sexual. Por el contrario, si los niveles son bajos, produce depresión, inactividad, indecisión, desmotivación y descenso de la líbido.

La acetilcolina, a nivel del sistema nervioso central, regula la capacidad de retener una información, almacenarla y recuperarla en el momento necesario. Cuando el sistema que utiliza la acetilcolina se ve perturbado, aparecen problemas de memoria y hasta, en casos extremos, demencia senil. Los niveles altos potencia la memoria, la concentración y la capacidad de aprendizaje. Los nieves bajos provocan, por el contrario, la pérdida de memoria y de concentración.

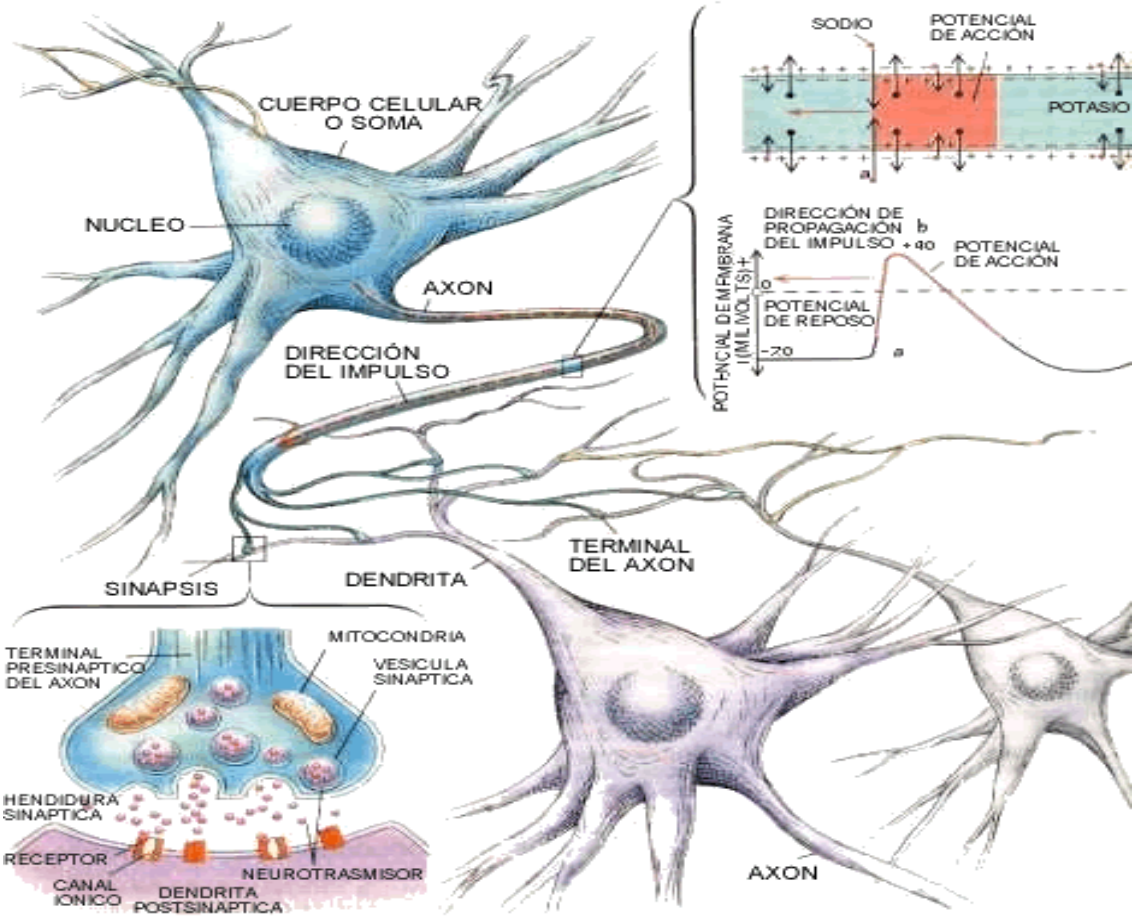
La noradrenalina es el NT de la mayor parte de las fibras simpáticas posganglionares y muchas neuronas centrales (p. ej., en el locus ceruleus y el hipotálamo). El precursor es la tirosina. Se encarga de crear un terreno favorable a la atención, el aprendizaje, la sociabilidad, la sensibilidad frente a las señales emocionales y el deseo sexual. Por tanto, los niveles altos provocan facilidad emocional de la memoria, vigilancia y deseo sexual. Sin embargo, cuando la síntesis de noradrenalina se ve perturbada, aparece la falta de atención, desmotivación, depresión, pérdida de líbido y la reclusión en uno mismo. Es la hormona que se segrega en situaciones de estrés al que estamos habituados y que buscamos por su efecto estimulante. Algunas personas en esta búsqueda ponen en riesgo su integridad física o incluso su propia vida y la vida de los demás.

La adrenalina es un NT que nos permite reaccionar en las situaciones de estrés. Los niveles altos llevan a un claro estado de alerta. Las tasas elevadas y mantenidas de adrenalina en sangre conducen a la fatiga, la falta de atención, el insomnio, la ansiedad y algunos casos de depresión. En situaciones de estrés agudo inesperado, con elevado potencial lesivo o amenaza vital determina la activación del sistema simpático y la liberación de catecolaminas, fundamentalmente adrenalina, por las glándulas adrenales, preparan al organismo para la lucha o la huida, incrementando la frecuencia cardiaca, bombeo de sangre, mayor llegada de sangre a los músculos y menor a la piel, aumentando también el metabolismo. Se produce así una activación tanto a nivel central (cerebral) como periférica (cuerpo) que se traduce en una respuesta adaptativa rápida a estímulos ambientales[241].

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) se sintetiza a partir del ácido glutámico y es el neurotransmisor más extendido del cerebro. Está implicado en ciertas etapas de la memorización, actuando como inhibidor, permitiendo mantener los niveles bajo control. Su presencia favorece la relajación y la buena memorización. Cuando los niveles son bajos, hay dificultad para conciliar el sueño y aparece la ansiedad, la obsesión o manías y los ataques de pánico.

[241] SOTO RUANO, A., GOBERNADO FERRANDO, I., MARTÍN LARRÉGOLA, M., LÁZARO REDONDO, M.M., LOUREIRO GONZÁLEZ, A.: "Aspectos etiopatogénicos" en *La depresión y sus máscaras*, Editorial Panamericana, Madrid 2008, p. 75.

Figura 6: Dibujo de la neurotransmisión



Siguiendo la teoría de GIBERT RAHOLA y MORENO BREA[242], recogeremos mediante un cuadro gráfico los distintos sistemas de neurotransmisión que según los estudios realizados, influyen en los trastornos neuróticos más frecuentes, bien actuando en exceso o en defecto. Con ello se puede apreciar la base fisiológica de distintos tipos de trastornos (tabla 6).

[242] GIBERT RAHOLA y MORENO BREA, M.R.: "Neuroquímica de las neurosis", en *Trastornos neuróticos*...cit; pp. 226 a 247.

Tabla 6: Sistemas de neurotransmisión que según los estudios realizados, influyen en los trastornos neuróticos más frecuentes

TIPO DE TRASTORNO	NEUROTRANSMISOR
Ansiedad	Adrenalina, Serotonina, Dopamina, GABA
Fobia social	Adrenalina, Serotonina
Angustia	Adrenalina, GABA, Serotonina
Estrés postraumático	Adrenalina
TOC	Serotonina
Hipocondría	Serotonina
Despersonalización	Serotonina, Dopamina
Dismorfobia	Serotonina
Depresión	Serotonina, Noradrenalina, Dopamina

7. El componente genético en los trastornos neuróticos y del control de los impulsos

La genética es una ciencia relativamente moderna, cuyo origen formal puede situarse en los postulados del monje agustino Gregor Mendel[243], quien aplicando el método científico al cultivo de guisantes, concluyó que los rasgos se transmitían a la descendencia mediante una serie de "factores" (a los que posteriormente se les denominó "genes"), y formuló sus famosas leyes sobre la herencia. A pesar de que estas observaciones fueron realizadas en 1865, el contenido de las mismas permaneció en el olvido durante más de 30 años, hasta que dichas leyes fueron redescubiertas a principios del presente siglo por los biólogos europeos CORRENS, TSCHEMARCK y DE VRIES[244]. Desde principios del siglo XX el desarrollo de esta "nueva ciencia", bautizada como "Genética" por WILLIAM BATESON[245] en 1905, ha sido espectacu-

[243] MENDEL, G.J. (1822-1884) fue un monje agustino católico y naturalista nacido en Austria, que describió, por medio de los trabajos que llevó a cabo con diferentes variedades del guisante o arveja (*Pisum sativum*), las hoy llamadas *leyes de Mendel* que rigen la herencia genética. Los primeros trabajos en genética fueron realizados por Mendel. Inicialmente efectuó cruces de semillas, las cuales se particularizaron por salir de diferentes estilos y algunas de su misma forma. En sus resultados encontró caracteres como los dominantes que se caracterizan por determinar el efecto de un gen y los recesivos por no tener efecto genético (dígase, expresión) sobre un fenotipo heterocigótico.

[244] DE VRIES, H., botánico neerlandés, CORRENS, C., biólogo y botánico alemán, y VON TSCHERMAK, E., biólogo, botánico y agrónomo austriaco, redescubrieron por separado las leyes de Mendel en el año 1900.

[245] BATESON, W. (Whitby, 8 de agosto de 1861 - Merton, 8 de febrero de 1926) fue un biólogo y genetista inglés, uno de los redescubridores del trabajo de Mendel, razón por la que es considerado uno de los fundadores de la genética humana. Bateson fue muy crítico con la concepción exclusivamente cromosómica de la herencia y defendió una teoría saltacionista de la evolución, en oposición a la teoría de Darwin de la evolución por medio de la selección natural.

lar. Poco después, en 1909, WILHELM JOHANNSEN[246] acuñó el nombre de "gen" para designar los "factores" señalados por Mendel, y señaló la importante distinción entre "fenotipo" (rasgo observado) y "genotipo" (dotación genética). No tardaron en realizarse las primeras aportaciones a la medicina, y ya en 1911 se hizo referencia a un gen humano como responsable de una enfermedad, la ceguera para los colores.

Los revolucionarios avances en el campo de la genética se han llegado a convertir en ocasiones en motivo de polémica política y social, por las indudables implicaciones éticas que la simple aplicación del "consejo genético" y en mayor medida técnicas como la clonación pueden originar. A pesar de estas consideraciones, es preciso reconocer las importantísimas repercusiones de la genética en la teoría y en la práctica de la medicina, cuya influencia es cada vez mayor no sólo para el diagnóstico y el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades, sino también para la prevención y el tratamiento de las mismas, con el desarrollo de productos terapéuticos obtenidos mediante técnicas de ingeniería genética (la síntesis de insulina humana fue el primero de ellos), y los relevantes avances en la intervención directa sobre el material genético a través de la llamada "terapia génica".

Esta "revolución" procedente de la genética ha ido impregnando todas las ramas de la medicina, y la psiquiatría no ha sido una excepción . Las implicaciones en este campo se hacen más evidentes si se tiene en cuenta que de los 70.000 a 100.000 genes que integran el genoma humano, cerca de la mitad se expresan exclusivamente en el cerebro, lo que contribuye a explicar la enorme complejidad de este órgano y en consecuencia la de sus alteraciones, que constituirían la base de los trastornos mentales. El estudio de los principios generales de la genética molecular se está empezando a convertir, por tanto, en un elemento cada vez más necesario para la formación en psiquiatría.

La psiquiatría empezó a introducirse en la investigación genética tras la demostración en estudios epidemiológicos de la influencia que la herencia tenía en el desarrollo de los trastornos mentales. Los hallazgos del grupo de Kety en la década de los sesenta sobre una cohorte de esquizofrénicos adoptados, mostrando una mayor incidencia de la enfermedad en los familiares biológicos de estos enfermos, se señalan como el inicio del reconocimiento del componente hereditario en éste y otros trastornos psiquiátricos.

Diversos estudios de familias, gemelos y adoptados confirmaron y han permitido cuantificar la contribución genética en diversas enfermedades mentales y a partir de estos datos, se empezó a aplicar en psiquiatría la tecnología de la genética molecular, en un intento de identificar los genes causantes de las mismas. Aunque se han producido importantes avances y el componente hereditario es ampliamente reconocido en muchos trastornos mentales, la complejidad de estas patologías ha hecho que los resultados no hayan sido proporcionales al esfuerzo realizado.

---

[246] JOHANNSEN, W.L. (1857 - 1927) fue un botánico, genetista, fisiólogo vegetal danés.
En 1909 acuñó el término gen (a partir del griego "que origina...") como abreviatura de la palabra pangen, acuñada por Hugo de Vries en 1889. También acuñó las palabras "genotipo" y fenotipo" en 1911. No obstante, los términos genotipo y fenotipo tuvieron en principio para Johannsen un significado poblacional, no individual: el fenotipo era una descripción estadística de la aparición de caracteres entre una población; el término genotipo era una abstracción referida a los "linajes puros".

La afirmación de que los trastornos mentales son enfermedades complejas conlleva varios aspectos íntimamente relacionados. Por un lado la naturaleza compleja de los trastornos mentales deriva en gran parte de su fisiopatología, dada la complicada estructura y funcionamiento del órgano que les da origen, y que ha llevado a algunos autores a considerar el cerebro humano como "la máquina electroquímica más compleja del universo". Desde el punto de vista genético un trastorno es "complejo", cuando el fenotipo no exhibe un patrón de herencia mendeliana clásica atribuible a un único locus genético y se rompe la correspondencia entre el genotipo y el fenotipo. Esta complejidad genética se observa también en numerosas enfermedades somáticas como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, y puede deberse en general a que un mismo genotipo resulte en distintos fenotipos (por efectos ambientales, interacción con otros genes, etc.), o a que un mismo fenotipo pueda ser provocado por diferentes genotipos. Muchos son los factores que pueden estar implicados en dicha complejidad.

Uno de los fundamentos de la genética molecular es que el flujo de información contenido en los genes va desde el ADN[247] del núcleo al ARN[248] y de éste a la proteína; los genes reguladores se encargan de que este proceso tenga lugar de forma adecuada y en el momento oportuno, de forma que si existe alguna alteración en los mismos se puede traducir en una falta de expresión de un determinado gen, estructuralmente intacto, y se origina una anomalía fenotípica que puede ser idéntica a la provocada por un defecto funcional del gen correspondiente.

Además del papel que una alteración estructural o funcional en los genes reguladores puede tener en el desarrollo de los trastornos mentales, es preciso señalar que el proceso de regulación de la expresión génica es un elemento absolutamente esencial para el normal desarrollo evolutivo y la división celular en cuanto a la formación de órganos y la regeneración de tejidos, ya que todas las células contienen la misma información genética y es su regulación el factor principal que modula cómo, cuándo y en qué tipo de células se deben expresar o no determinados genes; los mecanismos que mantienen la homeostasis y la adaptación al ambiente, dependen también de los procesos de regulación génica.

Por otra parte, en el sistema nervioso central, la regulación génica parece constituir un mecanismo fundamental en la plasticidad neuronal, y basta citar a modo de ejemplo su participación en la formación de la memoria a largo plazo. Incluso en las células que no están en división, como las neuronas, los genes reguladores tienen un papel primordial para el mantenimiento de la actividad celular normal y la respuesta a los distintos estímulos; continuamente tiene lugar la transcripción de genes para renovar receptores, enzimas y proteínas estructurales en el interior celular. La capacidad de las neuronas de adaptarse a los cambios ambientales o de alte-

---

[247] ADN: ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO. En inglés, DNA (Deoxyribonucleic acid). Contiene instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos conocidos y algunos virus, y es responsable de su transmisión hereditaria. La función principal de la molécula de ADN es el almacenamiento a largo plazo de información. Los segmentos de ADN que llevan esta información genética son llamados genes.

[248] ARN: ÁCIDO RIBONUCLEICO. En inglés, RNA (Ribonucleic acid). Es un ácido nucleico formado por una cadena de ribonucleótidos. Está presente tanto en las células procariotas como en las eucariotas, y es el único material genético de ciertos virus (virus ARN). El ARN celular es lineal y de hebra sencilla, pero en el genoma de algunos virus es de doble hebra. En los organismos celulares desempeña diversas funciones. Es la molécula que dirige las etapas intermedias de la síntesis proteica.

rar sus patrones de respuesta a las señales intercelulares, depende a menudo de su posibilidad para modificar la proporción de expresión de algunos genes o incluso para activar genes que en condiciones normales no se expresan a ese nivel. Así por ejemplo, las neuronas pueden, en determinadas circunstancias, aumentar o disminuir la síntesis de neurotransmisores, receptores o enzimas que intervienen en el metabolismo, pueden modificar la sensibilidad de los receptores, o alterar la síntesis de proteínas estructurales para crear nuevas conexiones con otras neuronas, y todo ello parece estar mediado a través de los genes reguladores.

En lo que respecta a la psiquiatría, la regulación génica tiene un importante papel en la variabilidad de la respuesta individual a los diferentes estímulos ambientales, incluyendo los agentes farmacológicos y los tóxicos, de forma que desde este punto de vista, el genoma en su conjunto juega un papel esencial tanto en la patogenia de los trastornos mentales, como en el período de latencia y la respuesta terapéutica a gran parte de los psicofármacos, como los antidepresivos, los antipsicóticos y el litio entre otros[249].

En este campo, debemos mencionar la Epigenética, término acuñado por CONRAD HAL WADDINGTON[250] en 1953, es la ciencia que estudia el conjunto de procesos químicos que modifican la actividad del DNA pero sin alterar su secuencia. Hoy en día está claro que hay una interacción dinámica entre los genes y el ambiente, un interfaz a escala mecanística claramente delineado y bioquímicamente impulsado. La neuroepigenética emerge debido al descubrimiento de la diversidad de papeles que desempeñan los mecanismos moleculares epigenéticos en el sistema nervioso central (SNC) como por ejemplo en aprendizaje, neurotoxicología, desarrollo del SNC, adicción y psicopatología. Básicamente lo que hagamos a nuestro cuerpo y mente durante nuestra efímera existencia repercutirá de manera positiva o negativa no solo en nosotros mismos sino también podría hacerlo en nuestros hijos, nietos, etc. Nuestro estilo de vida (fumar, hacer ejercicio, dieta, relaciones sociales,…) definirá nuestro *pool* epigenético en mayor o menor medida. Esto implica de alguna manera una carga moral para cada uno de nosotros porque somos responsables no solo de nuestro *pool* genético sino también epigenético[251].

Veamos algunas de las áreas donde los mecanismos epigenéticos han sido implicados con la función del sistema nervioso humano (tabla 7)[252]:

---

[249] IBAÑEZ CUADRADO, A., SAIZ RUÍZ, J.: "Psiquiatría y genética molecular" en *Tratado de Psiquiatría*, cap. 4 (www.psiquiatria.com - Web reconocida de interés sanitario por la Sociedad Española de Psiquiatría), 2001.

[250] HAL WADDINGTON, C. (1905- 1975): Biólogo del desarrollo, paleontólogo, genetista, embriólogo y filósofo escocés, uno de los fundadores de la biología de sistemas. Entre 1938 y 1940 escribió varios textos dedicados a la acción ontogenética de los genes, destacando el libro *Organisers and Genes* (1940). Frente a la separación radical entre genotipo y fenotipo, Waddington propuso el témino epigenotipo, referido al proceso de desarrollo, y el término epigenética como la ciencia encargada de su estudio.

[251] SPUCH, C. y AGÍS-BALBOA, R.C.: *Epigenética en neurociencias*, Revista de la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular (SEBBM), Rubes Editorial S.L., 2015. [http://www.sebbm.com/revista/articulo.asp?id=10081&catgrupo=269&tipocom=24#]

[252] SPUCH, C. y AGÍS-BALBOA, R.C.: "Epigenética en neurociencias", Revista de la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular (SEBBM), Rubes Editorial S.L., 2015 [http://www.sebbm.com/revista/articulo.asp?id=10081&catgrupo=269&tipocom=24#].

Tabla 7: Áreas funcionales y mecanismos epigenéticos

FUNCIÓN O TRASTORNO	MECANISMO(S) IMPLICADO(S)
Aprendizaje y memoria	Modificaciones de las histonas[253], metilación del DNA[254], miRNA[255]
Neurogénesis adulta	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA
Respuesta al estrés	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA
Enfermedad de Alzheimer	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA
Esquizofrenia	Metilación del DNA, miRNA
Depresión y/o suicidio	Metilación del DNA
Trastorno bipolar	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA
Comportamiento de adicción y recompensa	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA
Trastorno por estrés postraumático	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA
Envejecimiento cognitivo	Modificaciones de las histonas, metilación del DNA

GIBERT RAHOLA y MORENO BREA[256] apuntan que la posible participación de un componente genético en los distintos trastornos neuróticos es más que posible. Esta base genética puede justificar un sustrato fenotípico fisiopatológico común subyacente en todos o en algunos de los trastornos.

En relación a los trastornos de angustia, los parientes de primer grado de los individuos con trastorno de angustia tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Sin embargo, en los centros asistenciales entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes con trastorno de angustia no presentan el antecedente de un pariente de primer grado afectado. Los estudios con gemelos también indican una influencia genética en la aparición del trastorno de angustia[257].

Con respecto a las fobias, los estudios preliminares sugieren la posible existencia de una cierta incidencia familiar según el tipo de fobia (p. ej., los parientes de primer grado de sujetos afectos de una fobia animal tienen más probabilidades de presentar una fobia de este tipo, aunque no necesariamente frente al mismo animal, y los parientes de primer grado de sujetos afectos de fobia situacional tienen igualmente más probabilidades de llegar a desarrollar fobias de este tipo). El miedo a la sangre y al daño presenta una incidencia familiar particularmente al-

[253] Histona: proteínas pequeñas situadas en el núcleo. Son muy básicas, lo que le permite unirse al ADN para ejercer la función de empaquetarlo formando parte de la cromatina. Dos tipos: H1 y Nuclesómicas.
[254] Metilación del DNA (ADN): Proceso por el que se modifica la función del ADN cuando se encuentra en el gen promotor, añadiendo grupos metilo al ADN.
[255] MiRNA (Micro ARN): ARN monocatenario que tiene la capacidad de regular la expresión de otros genes mediante diversos procesos, usando para ello la ruta de ribointerferencia.
[256] GIBERT RAHOLA y MORENO BREA, M.R.: "Neuroquímica de las neurosis", en *Trastornos neuróticos…*cit; pp. 225 y 226.
[257] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, 1ª ed, Masson, Barcelona 2007, p. 408.

ta[258]. En cuanto a la fobia social, comparados con la población general, los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno[259].

En lo que respecta al TOC, la prevalencia de rasgos obsesivos parece elevada entre los familiares, pero la tasa de diagnóstico es muy variable. La enfermedad de Tourette tiene un patrón de herencia autosómico dominante de penetrancia incompleta y puede observarse una elevada prevalencia de TOC en familiares de primer grado de sujetos afectados de Síndrome de Tourette[260]. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos[261].

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de estudios no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar[262].

En relación a los trastornos somatomorfos, se ha observado que el 10-20% de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastorno de somatización. Los familiares varones de las mujeres con este trastorno tienen un mayor riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con abuso de sustancias. Los estudios realizados en personas adoptadas indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen a incrementar el riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización. El hecho de tener padres biológicos o adoptivos que presenten alguno de estos trastornos aumenta el riesgo de aparición del trastorno antisocial de la personalidad, del trastorno relacionado con sustancias o del trastorno de somatización[263]. Hay datos que sugieren que los síntomas de conversión son más frecuentes en parientes de personas con trastorno de conversión. Se ha observado que en gemelos monocigotos el riesgo de presentar un trastorno de este tipo es mayor que en gemelos dicigotos[264].

---

[258] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 418.
[259] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 424.
[260] Síndrome de Tourette: Trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos). Estos tics característicamente aumentan y disminuyen; se pueden suprimir temporalmente, y son precedidos por un impulso premonitorio. El trastorno lleva el nombre del médico Georges Gilles de la Tourette, neurólogo francés (1857-1904).
[261] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 431.
[262] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 446.
[263] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, pp. 459-460.
[264] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 468.

Varios estudios sugieren que el trastorno de identidad disociativo es más frecuente en los parientes de primer grado de los individuos que lo padecen que en la población general[265].

En relación a los trastornos del control de los impulsos, el juego patológico y la dependencia del alcohol son más frecuentes entre los padres de individuos con juego patológico que entre la población general[266].

En resumen, una vez más, y en relación a la actividad delictiva que puedan cometer individuos con trastornos neuróticos se aprecia que su predisposición biológica a padecerlos y cometerlos escapa, o puede en gran medida escapar, a su control. Con lo cual su imputabilidad podría resultar más dudosa, lo cual no quiere decir que no deban recibir una actuación punitiva o un tratamiento adecuado que prevenga y proteja a ellos mismos y a la sociedad de la consecución de dichos delitos. E hilando todavía más fino se pueda tratar y prevenir de manera específica y diferenciada el trastorno y el delito que como consecuencia del trastorno se pueda producir. Idealmente se debería prevenir y tratar tanto el trastorno como el delito y cuando menos, y de manera ineludible, el segundo.

8. El componente ambiental en los trastornos neuróticos y del control de los impulsos

Es evidente que el factor genético tiene una notable influencia en la aparición y desarrollo de los trastorno mentales, y dentro de ellos y como hemos visto de los trastornos neuróticos, pero también resulta evidente que existen otros factores externo-ambientales que influyen, repercuten de manera positiva o negativa en este proceso.

En el caso de la conducta delictiva, el crimen es considerado como la manifestación de una tendencia antisocial, derivada de la trasgresión de las normas jurídico-legales establecidas en una determinada sociedad y época. Esta conducta antisocial y delictiva parte de los comportamientos que mayor impacto tienen sobre los seres humanos. El desarrollo de los seres humanos no se da de una forma aislada, pues vivimos y nos relacionamos en una compleja red de sistemas interconectados (factores genéticos y biológicos, ambiente familiar, acontecimientos de la vida negativos, características intrínsecas del individuo, grupo de iguales, factores escolares, etc) que influyen de forma directa o indirecta en el desarrollo de las personas. Esos factores ambientales son:

- El ambiente familiar es el factor con mayor influencia en los comportamientos antisociales. Y dado que los problemas de desestructuración familiar han registrado un incremento alarmante en España en los últimos años, con frecuencia hoy por hoy producen problemas de adaptación tales como reacciones emocionales desadaptativas en los miembros

[265] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 498.
[266] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*…cit, p. 633.

de la familia, especialmente en niños y adolescentes pero que después se trasladan y agravan en la vida adulta.

- Las desventajas socio-económicas muchas veces se relacionan con las formas de psicopatología en el individuo, lo que junto con otros factores puede desarrollar comportamientos criminales. Este factor se relaciona también con otros como frágiles condiciones de vivienda, débiles recursos educacionales, desempleo, aumento del estrés financiero, etc. Por ello, un sujeto suele estar más expuesto si reside en zonas de alta concentración de pobreza.
- Áreas residenciales de elevada criminalidad, que están caracterizadas por un alto deterioro físico de las viviendas, familias incompletas o desestructuradas y una población residencial inestable y étnicamente heterogénea. Además acompañan factores de baja escolaridad, baja renta y niveles ocupacionales menos cualificados. Estas áreas también tienen altas tasas de delincuentes adultos, alcoholismo, prostitución y personales con mayor incidencia también de problemas mentales.
- Aislamiento del individuo, que produce menor sensibilidad del individuo ante las opiniones, principios y creencias. Ante esto, el sujeto es más susceptible de ser influenciado o manejado por los amigos para desarrollar comportamientos criminales.
- Violencia familiar se refiere a todas las formas de abuso crónico temporal o permanente, que se desarrollan en las relaciones intrafamiliares tales como el maltrato infantil, violencia conyugal o el maltrato de ancianos[267].

En el caso de los niños y adolescentes, además de la amplia variedad general de acontecimientos que pueden tener un carácter estresante para cualquier persona, desde un punto de vista evolutivo habría estresores específicos de la adolescencia que se relacionan directamente con los principales cambios que caracterizan a esta etapa de desarrollo; entre ellos, los cambios físicos y corporales, los de la sexualidad, el rol de género y los roles sociales, los del sistema de valores e ideología y la incertidumbre ante el futuro personal y social. Dependiendo de diversos factores individuales y ambientales, y especialmente de la interacción entre ellos, el estrés asociado a sucesos vitales en la adolescencia y las formas de afrontarlo pueden expresarse en diversos problemas académicos, conductuales y emocionales que han sido ampliamente documentados. Sin embargo, es posible que la interacción entre las predisposiciones individuales, la acumulación de sucesos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no se manifieste solamente en problemas emocionales (por ejemplo depresión) o conductuales (por ejemplo consumo de drogas o conducta antisocial), tal como revela profusamente la literatura, sino que también pueda afectar la salud física del adolescente dentro del rango de problemas menores de salud más comunes en esta etapa de desarrollo.

Desde una concepción moderna, el estrés es un proceso interactivo y dinámico que produce ciertos estados emocionales, los cuales pueden influir en el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento de síntomas y la relación entre apoyo social y salud. Con respecto a la influencia de las emociones en el reconocimiento y reporte de síntomas, el estado de ánimo negativo se

[267] VARA SÁNCHEZ, A., ARGENTE LEAL, T.: *Factores familiares de riesgo y de protección asociados al comportamiento criminal*, Dossier II, Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses, núm. 31; pp. 27-33, 2015.

correlaciona significativamente con diversas medidas de reporte de síntomas en diferentes tipos de muestras, y los individuos con mayor ánimo depresivo informan consistentemente mayor cantidad e intensidad de sensaciones y síntomas físicos que aquellos con menor ánimo negativo, aun cuando no haya diferencias entre ambos grupos en los indicadores objetivos del estado de salud. Y en cuanto al apoyo social, quienes perciben menos apoyo están más predispuestos a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo[268].

En relación a la violencia, es necesario distinguir, por un lado, entre conductas delictivas y agresivas. De esta manera, las primeras pueden ser agresivas o no, dependiendo de las consecuencias que se deriven de ellas. Con respecto a las segundas, es preciso dimensionarlas atendiendo a la peligrosidad o gravedad que causen a la sociedad. Así, no tienen por qué ser delictivas, pero cuando la agresividad transgrede las normas podemos estar ante un comportamiento delictivo. En otras palabras, las conductas pueden variar notablemente en la gravedad, la cronicidad y la frecuencia, al mismo tiempo pueden darse en distintas combinaciones. Por otro lado, tanto en la agresividad como en la violencia hay que diferenciar dos tipos: la normativa y la expresada. Con normativa nos estamos refiriendo a la violencia o agresividad por naturaleza (nivel biológico). Con respecto a la violencia expresada verbal o física (manifestación abierta de agresividad) pensamos que no se trata de algo instintivo o innato, sino también en una mayor parte de una *conducta adquirida, aprendida*[269], consecuencia de las influencias ambientales, psicológicas, sociales, culturales, etc. Este tipo de violencia implicaría la transgresión de las normas, lo cual significa desviación social que puede suponer, en algunos casos, conducta delictiva con todas las consecuencias sociales que ello conlleva[270].

El consumo de sustancias en la adolescencia se considera actualmente un serio problema de salud pública. Estudios recientes constatan la alta prevalencia que este problema alcanza entre los adolescentes de diferentes países. Y el consumo en esta etapa tiene consecuencias más allá del deterioro a corto plazo de la salud física, también conlleva riesgos a largo plazo para la salud psicológica y social del futuro adulto. Entre las variables que funcionan como factores de prevención o riesgo para el consumo de sustancias está el entorno familiar. El papel de los padres a través de estrategias educaciones y relacionales resulta fundamental[271].

El desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en un individuo no está ba-

---

[268] BARRA ALMAGIÁ, E., CANCINO FAJARDO, V., LAGOS MUÑOS, G., LEAL GONZÁLEZ, P. y SAN MARTÍN VERA, J.: "Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes", Revista de Psicología y Salud, Universidad Veracruzana (México), Vol. 15, núm. 2, 2005.

[269] Al hablar de conducta aprendida es obligado referirnos a la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1976; Bandura Y Ribes, 1980) que explicaría la conducta violenta del siguiente modo: una conducta instrumental, es decir, el individuo presenta un comportamiento violento para así obtener unos determinados fines. En definitiva, su pauta comportamental la reforzaríamos positivamente.

[270] RODRÍGUEZ, F.J. y PAÍNO, S.G.: *Violencia y desviación social: bases y análisis para la intervención*, Revista Psicothema, Vol. 6, núm. 2, 1994; pp.229-244.

[271] MARTÍNEZ, I., FUENTES, M.C., GARCÍA, F., MADRID, I.: *El estilo de socialización familiar como factor de prevención de riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles*, Revista Adicciones versión online, Vol. 25, núm. 3, 2013.

sado en un solo elemento. Factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. Estudios con mellizos sugieren que cerca del 30% de los casos en que se padece o no un TAG puede ser adjudicada a la herencia genética. Estudios de familias también muestran que tener un familiar de primer grado con TAG aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad. Más aún, el neuroticismo, el afecto negativo, y la sensibilidad a la ansiedad son otros factores hereditarios que se correlacionan significativamente con la ansiedad y con los trastornos de ansiedad. También influye el aprendizaje, puesto que los niños con padres que padecen algún trastorno de ansiedad tienen mayor probabilidad de padecerlo en un futuro[272].

9. Investigaciones neurobiológicas

9.1. Análisis neurobiológico de los trastornos neuróticos y resultados de las investigaciones

Los psiquiatras GASTÓ FERRER y MASSANA MONTEJO han realizado interesantes observaciones desde el punto de vista neurobiológico, de los síntomas y las consecuencias de los trastornos neuróticos[273]. Los síntomas tradicionalmente considerados neuróticos (ansiedad, fobias, obsesiones, conductas histeroides, disociación, …) parecen depender de ciertas estructuras cerebrales (amígdala, hipocampo, corteza insular y orbito-frontal, ganglios basales, …) implicadas en las emociones. Se podría hablar por tanto de conducta emocional.

Amígdala, condicionamiento neuronal al miedo y crisis de ansiedad:

La amígdala participa en diversas funciones de integración de las respuestas emocionales: a) respuestas autonómicas; b) de orientación; c) de ingesta de alimentos; d) activación y despertar; e) actividad sexual y f) actividad motora.

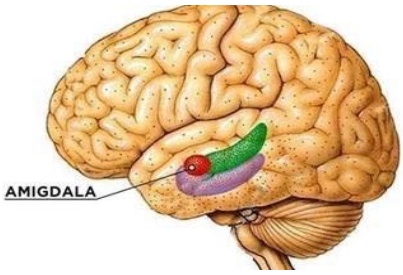
Estudios neuroanatómicos y funcionales recientes diferencian doce regiones distintas asociadas a diferentes comportamientos. Las áreas relevantes en el condicionamiento al miedo son los núcleos lateral, basal, basal accesorio y central. La inactivación de la amígdala durante el aprendizaje (por ejemplo, miedo condicionado) previene el aprendizaje posterior. No obstante, la plasticidad neuronal de esta estructura no alcanza aspectos cognitivos del aprendizaje al miedo. Esto explica por qué los seres humanos con lesión amigdalar no presentan conductas

[272] NEWMAN, M.G., y ANDERSON, N.L.: *Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada*, Revista argentina de Clínica psicológica, núm. XVI, 2015.
[273] GASTÓ FERRER, C. y MASSANA MONTEJO, G.: "Investigaciones neurobiológicas", en *Trastornos neuróticos*, …cit; pp. 199 a 223.

fóbico-evitativas (crisis de angustia) incluso manifiestan ciertas deficiencias en el procesamiento de señales de peligro.

Recientes estudios indican que la amígdala no es la única región cerebral involucrada en el miedo de una persona sino que podría haber otras, como el tronco encefálico o la corteza insular, que también pueden hacer sentir una sensación de miedo más intenso o pánico ante determinados peligros[274].

Figura 7: Dibujo de la amígdala



En relación a la depresión/ansiedad y en cuanto a los resultados de un reciente estudio, se recogieron los datos de imágenes de resonancia magnética funcional antes de la psicoterapia individual. Se evaluaron las diferencias en la actividad cerebral durante la visualización pasiva de material autocrítico individualizado en 23 pacientes ambulatorios no medicados con depresión y 28 controles sanos. Se analizaron las asociaciones entre la actividad cerebral, el cambio cognitivo y emocional, y el resultado en 21 pacientes. Los pacientes mostraron una mayor actividad en la amígdala y el estriado ventral en comparación con el grupo control. La falta de respuesta a la terapia se asoció con una actividad mejorada en la amígdala derecha en comparación con los que respondieron, y la actividad en esta región se asoció negativamente con el resultado. Los cambios emocionales, pero no cognitivos mediaron esta asociación. La hiperactividad de la amígdala puede disminuir los síntomas de mejora en la psicoterapia para la depresión a través de la atenuación de la adquisición de habilidades emocionales[275].

[274] FEINSTEIN, J.S., BUZZA, C., HULERMANN, R., FOLLMER, R.L., DAHDALEH, N.S., CORYELL, W.H., WELSH, M.J., TRANEL, D., WEMNIE, J.A.: *El cerebro humano distingue entre el miedo y el pánico (Fear and panic in humans with bilateral amygdala damage)*, Nature Neuroscience, nº 16, 2013; pp. 270-272.

[275] DOERIG, N., KRIEGER,T., ALTENSTEIN, D.: *Respuesta de la amígdala a los estímulos autocríticos y mejora de los síntomas en la psicoterapia para la depresión (Amygdala response to self-critical stimuli and symptom improvement in psychotherapy for depression),* The British Journal of Psychiatry Oct 2015, DOI: 10.1192/bjp.bp.114.149971.

Circuitos frontosubcorticales en el TOC:

Los modelos de circuitos neuroanatómicos implicados en la patogenia de este trastorno fueron inicialmente muy sencillos. Los hallazgos más consistentes fueron una actividad neuronal incrementada de la corteza orbitaria (corteza prefrontal paralímbica) y del núcleo caudado en pacientes con TOC. Existía una alteración primaria de los ganglios basales. Además, la neuroanatomía funcional de los ganglios basales permitió ofrecer una explicación neurobiológica tanto de los síntomas cognoscitivos (por ejemplo, ideas obsesivas) como de los síntomas comportamentales/motores (por ejemplo, rituales, tics,…). En el TOC, el circuito cingulado anterior (circuito límbico) parece intervenir en la emergencia y el mantenimiento de síntomas. La alteración parcial de este complejo circuito parece ser la responsable de diversos síntomas que actualmente se incluyen en el espectro del síndrome TOC-Tourette-tics.

Modelo neuroanatómico de despersonalización:

La despersonalización es una agrupación sintomática muy heterogénea descrita en diversos cuadros clínicos psiquiátricos y orgánicos. El modelo que mejor explica este síndrome es el de SIERRA y BERRIOS[276], en el cual se propone que la despersonalización se deriva de la combinación de dos mecanismos: un componente inhibitorio por vía corteza prefrontal que inhibe la amígdala originando una reducción de la respuesta emocional y de la actividad simpática, y un componente excitatorio emergente de la porción amigdalar no inhibida que activa el sistema monoaminérgico ascendente y la corteza prefrontal derecha. Este fenómeno inhibe a su vez recíprocamente la corteza cingulada anterior.

Los síntomas de disociación suceden en una amplia variedad de alteraciones psiquiátricas. Se fundamenta en el modelo experimental de lesión de hipocampo inducida por estrés. Diversos datos experimentales demuestran que el hipocampo está implicado en el mecanismo de inhibición de la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

El hipocampo desempeña un importante papel en la integración de las distintas formas de memoria y del sentido del tiempo. La disociación se define como un estado derivado de la pérdida del sentido de la identidad, de la integridad de la conciencia y de la memoria normal. Según el modelo actual, los afectados por este trastorno sufren una alteración de los mecanismos neuroquímico y neuroanatómico implicados en la adaptación aguda y crónica del estrés.

[276] SIERRA, M. y BERRIOS, G.E.: *Despersonalization: neurobiological perspectives*, Biol Psychiatry, 1998; pp. 898 a 908. Modelo similar al de HOBSON, J.A.: *The dreaming brain*, Basic Books, New York 1988.

9.2. Ejemplos de tratamientos

Existen numerosas alternativas terapéuticas para tratar la ansiedad/depresión. La primera línea consiste en abordajes farmacológicos y/o psicoterapéuticos[277]. Cuando estos fallan o no han sido suficientes, existen abordajes basados en la neuroestimulación: terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago, fototerapia y estimulación cerebral profunda, fundamentalmente.

El abordaje farmacológico es relativamente sencillo de entender aunque más difícil de manejar. Consiste en la administración de sustancias farmacológicas que son precursores de neurotransmisores o potenciadores de su producción. Con ello se busca aumentar los niveles de los mismos si el trastorno se ha ocasionado por un descenso de los mismos. Otra vía es la administración de sustancias que estimulen el receptor al que debía de unirse el neurotransmisor para realizar su acción, y esa unión se produce a veces con mayor afinidad que la del propio NT y por tanto determina más acción. Un mecanismo interesante de aumentar los niveles de NT en la hendidura sináptica es mediante el empleo de inhibidores de la metabolización o los muy extendidos inhibidores de la recaptación. Los inhibidores de la metabolización impiden que el NT se una a los enzimas que lo degradan y por tanto permanecen más tiempo activos. Los inhibidores de la recaptación lo que hacen es inhibir que el NT sea recaptado por la propia terminal que lo ha producido. Al inhibirse esa recaptación permanece en la hendidura sináptica determinando acción. Un ejemplo muy usado de esto son los inhibidores de la recaptación de serotonina que consiguen por el mecanimso anterior aumentar los niveles de serotonina, siendo estos fármacos muy empleados en el tratamiento de la depresión (donde hay un déficit de actividad de la serotonina). En otros casos, si el mecanismo es el exceso de algún neurotransmisor lo que se busca con el fármaco es inhibir su producción o bloquear el receptor sobre el que actúa.

La terapia electroconvulsiva (TEC) tiene una notable eficacia en el tratamiento de los trastorno de estado de ánimo y otras patologías. Consiste en la aplicación de una corriente eléctrica en la zona fronto-temporal, bajo anestesia y relajantes musculares que evitan los espasmos, produciendo una crisis epiléptica muy leve, mínima, debida a la sedación generalizada y que tiene unos efectos antidepresivos muy eficaces gracias a la recitación de los neurotransmisores cerebrales. Hay dos modalidades: TEC monolateral y bilateral, según se apliquen los electrodos a una zona del cerebro a las dos[278].

---

[277] Véase al respecto: ACOSTA, F., RODRÍGUEZ,L., CABRERA, B.: "Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, vol. 6, num. 2,* abril-junio 2013.
Véase también: FOA, E.B., BLAIR SIMPSON, H., ROSENFIELD, D.: "Resultados a los seis meses tras un ensayo aleatorizado con aumento de los inhibidores de la recaptación de serotonina por exposición y prevención de respuesta o por Risperidona en adultos con trastorno obsesivo-compulsivo", en www.psiquiatria.com, mayo 2015.

[278] ROJAS, E.: *Guía práctica contra la depresión*, Ed. Temas de Hoy, Madrid 2009, pp. 136 a 141 y TEVA GARCÍA, Mª.I.: *Trastornos depresivos,* Ed. Formación Alcalá, Alcalá la Real (Jaén) 2011, p. 119.
Véase también: www.psiquiatria.com: ROBERT, B.: "El electrochoque todavía forma parte del arsenal terapéutico contra la depresión", 2015.

La estimulación magnética transcraneal (EMTR) es una técnica sencilla y no invasiva que consiste en la utilización de campos magnéticos para inducir una corriente en determinadas áreas cerebrales implicadas en la depresión. Estas sesiones se administran diariamente y de forma ambulatoria. Normalmente se necesitan de cuatro a seis semanas para que el episodio depresivo remita. Y su eficacia en depresión resistente está contrastada, con una mejoría hasta del 76% utilizando la escala de evaluación de Beck[279].

La estimulación del nervio vago (ENV) es uno de los últimos avances en el tratamiento de las depresiones resistentes a la medicación. El nervio vago es el décimo par craneal. Aproximadamente el 80% de sus fibras son aferentes (de la periferia al centro). Investigaciones muy recientes demuestran que la ENV en animales de experimentación produce cambios muy acusados en el EEG, con una actividad que se registra como sincronizada o desincronizada. Las razones por las que funciona es que por un lado, los medicamentos anticonvulsivos, como el Valproato[280], son estabilizadores del ánimo, lo mismo que el TEC; por otro lado, la ENV mejora el ánimo de los depresivos y se pueden recuperar de la depresión después de mucho tiempo anclados en la tristeza y por último, la ENV actúa sobre los neurotransmisores implicados en el origen de la depresión[281].

La fototerapia es utilizada en los casos de depresión con patrón estacional, utilizando la luz artificial intensa administrada de manera que amplía el fotoperiodo. Se han utilizado distintos tipos de luz: luz intensa, luz blanca, luz tenue, luz blanca como amanecer progresivo, luz roja, ionizado desactivado de aire negativo, luz amarilla, protección activa de la luz (gafas oscuras en el exterior, …)[282].

La estimulación cerebral profunda (ECP), también conocida como "marcapasos cerebral", es una terapia física de nuevo desarrollo que consiste en la colocación quirúrgica de electrodos cuadripolares de estimulación eléctrica utilizando técnicas esterotáxicas (guiadas por resonancia magnética) para estimular eléctricamente diferentes estructuras subcorticales, según el tipo de síntoma o patología a tratar. Así para trastornos psiquiátricos como depresión o TOC,

---

Véase al respecto: MARTÍNEZ-AMORÓSA, E., GÁLVEZ ORTIZB, V., PORTER MOLIA, M., LLORENS CAPDEVILAA, M., CERRILLO ALBAIGÉSB, E., GARCIA-PARÉSA, G., CARDONER ÁLVAREZB, N., URRETAVIZCAYA SARACHAGA, M.: "Propofol y pentotal como agentes anestésicos en la terapia electroconvulsiva: un estudio retrospectivo en el trastorno depresivo mayor", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, vol. 7, num. 1,* enero-marzo 2014.

[279] ROJAS, E.: *Guía práctica contra la depresión*,… cit; pp. 141 a 144 y TEVA GARCÍA, Mª.I.: *Trastornos depresivos*, … cit; p. 120.

[280] El ácido valproico, también conocido como valproato o valproato sódico, es un fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, no relacionado químicamente con otros anticonvulsivos. Es un medicamento de amplio espectro, ya que actúa en diversos canales del sistema nervioso central. Está indicado para el tratamiento y la profilaxis de la epilepsia y del trastorno bipolar. Este fármaco inhibe la GABA transaminasa y la recaptación de GABA en las neuronas. Por eso se le relaciona con el incremento de GABA en cerebro, ya que éste es un inhibidor de la secreción de neurotransmisores. Por lo tanto si se disminuye el número de neurotransmisores que van a dar una respuesta al estímulo, se podrá paliar la reacción en cadena que provocará la crisis epiléptica.

[281] ROJAS, E.: *Guía práctica contra la depresión*,… cit; pp. 144 a 147.

[282] ROJAS, E.: *Guía práctica contra la depresión*,… cit; pp. 147 a 149 y TEVA GARCÍA, Mª.I.: *Trastornos depresivos*, … cit; p. 120.

las estructuras son la cápsula interna, gyrus cingulado, núcleo acumbens y sustancia innominada.

Los electrodos están conectados a un generador de pulso eléctrico o neuroestimulador mediante una extensión que va por debajo de la piel mediante tunelización subcutánea. El neuroestimulador se inserta subcutáneamente en la zona subclavicular para lo que se requiere el ingreso hospitalario del paciente. Esto le permite al paciente activar o desactivar el estimulador con un controlador manual, así como la modificación de los parámetros de estimulación (frecuencia, voltaje y amplitud del pulso) dentro de los límites prefijados por el equipo médico.

9.3 Terapias conductuales

La primera terapia conductual o modificación del comportamiento nació en 1950 (Behavior Therapy). Este tipo de terapia surgió con bases científicas aportadas por la psicología del aprendizaje. El enfoque conductual de la terapia supone que el comportamiento asociado con problemas psicológicos se desarrolla a través de los mismos procesos de aprendizaje que afectan el desarrollo de otros comportamientos. Por lo tanto, los behavioristas ven problemas de personalidad en la forma en que se desarrolló la personalidad. No miran a los trastornos de conducta como algo que una persona tiene, sino que refleja cómo el aprendizaje ha influido en ciertas personas para comportarse de cierta manera en ciertas situaciones. La terapia de comportamiento se descompone en cuatro disciplinas: el análisis del comportamiento aplicado (ABA), el modelo de la familia de Enseñanza (TFM), Apoyo Positivo al comportamiento (PBS) y la terapia cognitivo conductual (TCC).

9.4. Terapias cognitivo-conductuales

Centrándonos en la terapia cognitivo-conductual (cognitive therapy o cognitive behavioral therapy - TCC) es una intervención psicosocial, se centra en el desarrollo de estrategias de afrontamiento personales que se dirigen a resolver los problemas actuales y cambiantes patrones inútiles en las cogniciones (por ejemplo, pensamientos, creencias y actitudes), los comportamientos y la regulación emocional . Cuando nos referimos a las TCC, tenemos que nombrar las muy conocidas Terapia Cognitiva de Beck, creada fundamentalmente para la depresión y la Terapia Racional-Emotiva de Ellis, que se encargar de sustituir ideas irracionales por otras más realistas.

Entre las técnicas y procedimientos terapéuticos más utilizados destacamos:

- La Desensibilización Sistemática (Desensitization Psychologic), que consiste en aprender a enfrentarse a objetos y a situaciones que le son particularmente amenazadoras, exponiéndose de forma real o imaginaria a los estímulos que producen una respuesta ansiógena. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad. Se utiliza especialmente en las fobias y trastornos de ansiedad.

- La Implosión (Implosive Therapy) es un procedimiento para disminuir la ansiedad por exposición a la situación o estímulo temido por el paciente hasta la saciedad. También muy utilizada en las fobias, como el caso anterior, la ansiedad y los trastornos de estrés postraumático.
- La Terapia Aversiva (Aversive Therapy), se aplica mediante la exposición del paciente a un estímulo y simultáneamente a las consecuencias desagradables. Con ello se intenta condicionar al paciente para asociar el estímulo con la sensación desagradable y así terminar con un comportamiento indeseado. Se usa bastante en los trastornos de adicción.
- El Biofeedback (Biofeedback (Psychology) consiste en utilizar la información bioretroalimentada para aumentar el control voluntario de los propios procesos fisiológicos. Es muy utilizada en los tratamientos contra el dolor, las arritmias cardiacas y problemas circulatorios y digestivos, la epilepsia y las parálisis.
- Técnicas para el control de la activación: Relajación-Respiración, sirven para controlar emociones como la ansiedad, ira o cualquier emoción negativa en el momento de sentirla. La técnica consistirá en dividir nuestros músculos en grupos, contrayendo y relajando cada uno de ellos en un ambiente tranquilo. Muy utilizada en los trastornos de ansiedad, reacción aguda al estrés y trastornos del control de los impulsos[283].
- Biblioterapia es una disciplina que inicialmente utiliza la relación de las personas, con la forma y el contenido de libros, como recurso terapéutico, con el objetivo fundamental de conseguir un cambio de conducta y cognitivo/emocional[284].

Estas terapias resultan de gran eficacia en trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático[285], los tics, el abuso de sustancias, trastorno de alimentación y trastorno límite de la personalidad. Y se recomienda en combinación con determinados fármacos, en los casos de TOC, depresión mayor y trastornos psicóticos[286].

En relación al trastorno de pánico (TP) con o sin agorafobia, indican SANZ BLASCO y MIGUEL TOBAL que desde una perspectiva cognitivo-conductual, se considera que este tipo de trastorno es consecuencia de atender selectivamente e interpretar de un modo distorsionado sensaciones fisiológicas benignas, como puede ser una elevación de la frecuencia cardiaca, la falta de aliento o la sensación de mareo. Numerosos estudios han confirmado que las personas

[283] Incluye: Entrenamiento autógeno de Schultz, Relajación muscular progresiva de Jacobson.
[284] Alain de Botton fundó en 2008 *The School of Life* en Londres con la finalidad de aportar una nueva visión de la educación.
[285] Véase al respecto el siguiente estudio: CASADO BLANCO, M. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal", Revista Española de Medicina Legal, Vol. 39, Issue 1, ScienceDirect Elsevier, 2013; pp. 12-18.
[286] Véase al respecto el siguiente artículo: BADOS LÓPEZ, A.: "La intervención psicológica: características y modelos", Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico, Universidad de Barcelona (www.diposit.ub.edu), 2008, pp. 25-34.

con TP desarrollan una hipervigilancia hacia su propia activación fisiológica e interpretan sus síntomas físicos de activación como peligrosos o amenazantes[287].

9.5. Terapias de tercera generación

Entre los tratamientos psicoterápicos más actuales, también llamados terapias de tercera generación, surge la llamada Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que supone un nueva forma de tratamiento para los trastorno de ansiedad y el TOC. La ACT es un modelo de salud y no de enfermedad, ya que entiende que el sufrimiento es universal y su causa fundamental es la intromisión del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil. El objetivo de la ACT es la aceptación de los eventos privados que están en el camino que el cliente elige para su vida. Lo realmente importante son los valores o direcciones que cada persona elige para su vida. Para ello, el paciente debe estar dispuesto a sentir o contemplar los eventos privados, a escoger y clarificar la dirección que quiere en su vida y dar pasos en esa dirección.

Los distintos componentes o fases de la ACT son los siguientes:

1. El establecimiento y mantenimiento de un contexto para la relación terapéutica: el terapeuta establecerá un contexto para la relación terapéutica en el que mostrará al paciente que lo importante en la sesión será su experiencia, minimizando la función del terapeuta como alguien que indica al paciente qué tipo de vida debe llevar, lo que debe sentir o pensar. De este modo, creará las condiciones necesarias para que el paciente experimente la contradicción entre lo que quiere conseguir y lo que realmente consigue. Al mismo tiempo, enfatizará que el paciente es una persona capaz de elegir el camino valioso para él y de afrontar el malestar. Para ello, utilizará metáforas y ejemplos con el objetivo de normalizar el sufrimiento y enseñar al paciente a aceptar sus eventos internos. Validar los sentimientos y experiencias del paciente y el propio compromiso con el paciente y con el proceso terapéutico son condiciones de un terapeuta ACT que deben estar presentes como contexto necesario para la terapia.

2. Desesperanza creativa: en esta fase se desarrollan actuaciones dirigidas a que el paciente experimente lo que desea, las actuaciones para conseguirlo y los resultados que obtiene a corto y largo plazo. De este modo, se facilita que el paciente se acerque a los modos en que ha tratado y trata de modificar los pensamientos, sentimientos, recuerdos, etcétera, que le resultan desagradables o angustiosos. Así puede considerar si los intentos por evitar sentirse mal han funcionado a largo plazo, es decir, cuál es el resultado. De esta forma, a través de metáforas el paciente toma contacto con la experiencia emocional derivada de que no tenemos la solución a sus problemas. Sin embargo, lo que no funciona, no funciona.

[287] SANZ BLASCO, R., MIGUEL TOBAL, J.J.: "Perspectiva cognitiva y metacongnitiva en el tratamiento del trastorno de pánico: estudio de un caso clínico", Universidad Complutense de Madrid, Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, Madrid 2013.

Con la desesperanza creativa se intenta que el paciente se haga consciente de la paradoja que supone intentar controlar los eventos privados, intentando eliminarlos o evitarlos, para poder vivir, pero, sin embargo, es algo que no le ha funcionado, sobre todo a largo plazo, lo que le produce insatisfacción en su vida.

3. La estrategia de control de los eventos privados es el problema, no la solución: mediante paradojas, metáforas y ejercicios experienciales, el paciente aprende que el problema no lo constituyen los eventos privados en sí mismos, sino el afán de control de los mismos, y que una alternativa al control es la aceptación de dichos eventos.

4. Clarificación de valores: es el contexto básico en ACT. Está presente desde el inicio de la terapia, ya que sin este contexto no existiría el sufrimiento ni ningún problema por resolver. Diferentes metáforas y ejercicios, como la metáfora del jardín, el funeral o el epitafio ayudan al paciente a clarificar sus valores y metas vitales. De esta forma, el paciente es capaz de identificar las trayectorias valiosas para su vida, los objetivos a corto y largo plazo, las acciones necesarias para conseguir estos objetivos y las barreras privadas que se interponen en la consecución de esos objetivos.

5. Distanciamiento de los eventos privados: consiste en la observación de los eventos privados, desliteralizándolos y tomando perspectiva de los mismos. Para ello, se ayudará al paciente a diferenciar entre el acto de tener un pensamiento del pensamiento que se tiene y de la persona que lo tiene. La desliteralización tiene como objetivo debilitar la capacidad de control de los contenidos cognitivos. Así, el paciente aprenderá a ser consciente de si en un momento dado está actuando según lo que le indica su experiencia o no.

6. Dimensiones del yo: con este componente se pretende que el paciente se dé cuenta de que puede tener un pensamiento y de que él es mucho más que eso. El yo es el contexto donde suceden todos los eventos privados, donde todos tienen cabida, ya que el yo es suficientemente grande como para tener todos los eventos cognitivos.

La ACT está especialmente indicada para personas que luchan contra sus eventos privados y no han obtenido ningún resultado, como es el caso del TOC, en el que la persona lucha contra sus obsesiones sin ser capaz de eliminarlas por completo. Esto hace que cada vez intente con más fuerza eliminar sus obsesiones, lo que termina provocando un estancamiento en su vida.

Los pacientes con TOC presentan una relación disfuncional con su experiencia privada, ya sean percepciones sensoriales, estados emocionales, imágenes o pensamientos. Predomina la fusión cognitiva, en la que el pensamiento es equivalente al yo. Por lo tanto, para estos pacientes, el control de los eventos privados se convierte en algo fundamental, ya que no son capaces de distanciarse de dichos eventos. Por esto, el trabajo de desliteralización y de observación y toma de perspectiva de los eventos privados es muy importante. Así, se ayudará al paciente a diferenciar entre el acto de tener un pensamiento distinto del pensamiento que se tiene y de la persona que lo tiene, aprendiendo a ser consciente de si en un momento dado está actuando fusionado con un pensamiento o una sensación.

La ACT no se centra en los síntomas (obsesiones y compulsiones), sino en la aceptación de experiencias internas y en el debilitamiento de la literalidad del lenguaje o fusión cognitiva. La ACT se enmarca de forma explícita en el contexto de los valores personales del paciente, al contrario de la EPR, que se utiliza de forma descontextualizada, lo que puede llevar a que el paciente utilice una estrategia de aproximación como una forma de evitar la ansiedad, con lo que se estaría potenciando la evitación del paciente y limitando aún más su vida[288].

El objetivo de la ACT es la aceptación de los eventos privados. Para ello, se desplaza el foco del tratamiento, de los síntomas a los valores y metas vitales del paciente. Éste es el medio para producir el cambio conductual. Para ello, es necesario que la persona se distancie de los contenidos psicológicos y desactive las funciones del lenguaje que favorecen la rigidez psicológica. La "defusión cognitiva" es uno de los procesos principales de la ACT. Este proceso implica organizar los contextos verbales a fin de disminuir la credibilidad de los pensamientos de la persona, así como disminuir la tendencia a responder en presencia de dichos pensamientos, mientras que no disminuye necesariamente su frecuencia ni se altera su forma.

En resumen, el objetivo de la ACT para el TOC es aumentar la aceptación de las obsesiones, notarlas como lo que son, y dirigirse hacia las direcciones de valor. En la mayoría de los casos, esto se traducirá en una reducción de la conducta compulsiva, pero sólo porque el comportamiento compulsivo generalmente interfiere con la búsqueda de los valores. También se observaron reducciones en los niveles de ansiedad y depresión durante el tratamiento, niveles que seguían disminuyendo a los tres meses de seguimiento. En todos los casos se observó un aumento de la aceptación de eventos internos y todos los pacientes calificaron el tratamiento como altamente aceptable. Los resultados se mantuvieron a los tres meses de seguimiento[289].

Es necesario indicar que el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y los patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidos y repetitivos inherentes a los trastornos del espectro autista (TEA) comparten una serie de características que pueden hacer su diagnóstico diferencial extremadamente difícil y provocar un erróneo sobrediagnóstico de TOC en personas con autismo. En ambos casos puede aparecer fijación en rutinas, patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, resistencia al cambio, e intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada, que convierten en un verdadero reto la diferenciación de los rituales, estereotipias y adherencia a rutinas de los TEA de las obsesiones y compulsiones propias del TOC. Sin embargo, la importancia de su diferenciación es capital a nivel clínico por las implicaciones que tiene para el tratamiento[290].

---

[288] Véase al respecto: SANZ VELLOSILLO, P. y FERNÁNDEZ-CUEVAS VICARIO, A.: "Trastorno obsesivo compulsivo", Science Direct, Elsevier, Vol. 11, Issue 84, 2015, pp. 5008-5014.

[289] LEÓN QUISMONDO, L., LAHERA, G., LÓPEZ RÍOS, F.: "Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del TOC", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. 34, nº 124, 2014; pp. 725-740.

[290] PAULA-PÉREZ, I.: "Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista", Revista de Psiquiatría y Salud Mental, vol. 6, num. 4, octubre-diciembre 2013.

9.6. Resultados de los estudios realizados con terapias psicológicas (tratamiento conductual y cognitivo-conductual)

En la década de los sesenta, psicólogos, juristas-criminólogos, pedagogos, sociólogos y psiquiatras pasaron a formar parte de la Administración Penitenciaria. En la década de los ochenta ya es posible vislumbrar una serie de experiencias puestas en marcha en todo el territorio nacional que culminó positivamente en el diseño de distintas propuestas de intervención: programas ambientales de contingencia, programas educativos y programas psicosociales. La propuesta de rediseñar el funcionamiento de las prisiones acorde a los principios psicológicos y el redescubrimiento de los componentes cognitivos como factores en la génesis del comportamiento violento y su diagnóstico para la prevención y tratamiento contribuyeron a la puesta en marcha de programas de corte cognitivo- conductual. De esta forma, la introducción en las prácticas penitenciarias de una particular rama de la Psicología denominada conductismo (comportamentismo o behaviourismo) ha servido de soporte teórico para la mayoría de los programas de tratamiento en las cárceles españolas.

El diagnóstico de que algunos los reclusos presentaban déficit en la cognición social o interpersonal llevó a la puesta en marcha de distintas propuestas de intervención con base en el paradigma *cognitivo-social*. Las orientaciones psico-lógicas y pedagógicas en el marco de la ecología de la conducta paulatinamente irían ganando espacio y, a pesar de que los distintos modelos de tratamiento incluían una perspectiva clínica, el énfasis debería estar en la orientación psico-educativa. La tarea del psicólogo o del pedagogo debería ser la de proporcionar al sujeto nuevos recursos personales, como habilidades y capacidades sociales. Para ello, se utilizarían diferentes técnicas, como por ejemplo las que enfatizan el autocontrol (pensar y evaluar las consecuencias antes de actuar) y el razonamiento medios-fines (concebir los medios para alcanzar los fines). Al tiempo que la mejora en el funcionamiento cognitivo se entiende como un factor esencial en la rehabilitación del individuo, no se niega la importancia de otros factores, como los sociales, económicos y culturales[291].

Los programas de tratamiento en los casos de delincuencia y evitación de la reincidencia que han probado ser más efectivos combinan varias técnicas, principalmente del modelo cognitvo-conductual[292]. Gran parte de estas técnicas están basadas en el programa pionero de *Razonamiento y Rehabilitación* de ROSS & FABIANO[293]. Con estas técnicas se busca fomentar las competencias siguientes: el hábito de reflexionar antes de actuar, la empatía, la perspectiva social, el pensamiento creativo y flexible, el locus de control interno, un razonamiento moral desarrollado, y las habilidades para resolver problemas sociales y interactuar con los demás,

[291] SORDI STOCK, B.: "Programas para agresores de violencia de género en prisión: ¿avanzamos o caminamos en círculos?", Estudios Penales y Criminológicos, Universidad de Santiago de Compostela/Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Vol. XXXVI, 2016.
[292] ANDREWS, D. A.; BONTA, JAMES; HOGE, R. D.: "Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology", Criminal Justice and Behavior, Vol 17, núm. 1, 1990, pp. 19-52.
[293] ROSS, R. R., & FABIANO, E. A.: "A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation", Inst of Social Sc & Arts Incorporated, 1985.

entre otras[294]. Los mismos autores proponen para ello, entre otras cosas, el desarrollo del pensamiento creativo, el entrenamiento en habilidades sociales, el desarrollo de valores y la técnica de resolución de problemas.

En los últimos años diversos meta-análisis han evaluado la eficacia de los programas de entrenamiento en competencia psicosocial basados en el modelo cognitivo-conductual. Todos ellos coinciden en mostrar la eficacia de estas técnicas en la reducción de las tasas de reincidencia tanto con jóvenes como con adultos. Así, LANDERBERGER & LIPSEY[295] en uno de los más completos meta-análisis sobre los efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la reincidencia encontraron que estos programas conseguían una reducción media en las tasa de reincidencia del 22 %. TONG & FARRINGTON[296] en un meta-análisis sobre la efectividad del programa sobre razonamiento y rehabilitación observaron una reducción media del 14% en las tasas de reincidencia como consecuencia de haber participado en este programa. En un meta-análisis más específico sobre la efectividad de las intervenciones rehabilitadores con delincuentes juveniles graves realizadas en centros de seguridad, GARRIDO, MORALES & SÁNCHEZ-MECA encontraron unos resultados similares[297]. Observaron que la reducción media de la reincidencia era del 7 % y que los programas cognitivo conductuales y cognitivos aparecían como los más efectivos.

En España las técnicas cognitivo conductuales se habían usado muy poco en los procesos de rehabilitación de delincuentes juveniles hasta los principios de los años 2000. Solamente tenemos conocimiento de tres investigaciones que hayan intentado evaluar la efectividad de este tipo de programas aplicados a delincuentes juveniles en centros españoles, con técnicas de Aprendizaje Estructurado de Habilidades Sociales, Técnica de Resolución de Problemas, CORT y Razonamiento Moral[298].

En el estudio realizado por FORCADELL y PÉREZ en el Centre Educatiu l'Alzina de Palau de Plegamans i Solita, una población cercana a Barcelona, con presos desde 1986 hasta 1999, una vez aplicado el programa básico de competencia psicosocial, los resultados mostraron una tasa inferior de reincidencia en aquellos internos que habían seguido el tratamiento (19 %) respecto a los que no habían seguido el tratamiento (35 %)[299].

---

[294] ROSS, R., FABIANO, E., & GARRIDO, V.: "El pensamiento prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia", Monográfico nº 1 de la Revista Delincuencia, 1990.
[295] LANDENBERGER, N.A. & LIPSEY, M.W.: "The positive effects of cognitive–behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment", Journal of Experimental Criminology, Vol. 1, 2005; pp. 451-476; DOI:10.1007/s11292-005-3541-7.
[296] TONG, L.S.J. & FARRINGTON, D.P.: "How effective is the *Reasoning and Rehabilitation* programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries", Journal Psychology, Crime and Law, Vol. 2, 2006.
[297] GARRIDO GENOVÉS, V., MORALES ANGELA, L. & SÁNCHEZ-MECA, J.: "What works for serious juvenile offenders? a systematic review", Psicothema, Vol. 18, nº 3, 2006; pp. 611-619.
[298] Estudios realizados en EEUU.
[299] FORCADELL, A. y PÉREZ, J.: "Efectos sobre la reincidencia de un programa de competencia psicosocial en jóvenes delincuentes", REIC (Revista española de investigación criminológica), artículo 3, núm. 13, 2015.

En un estudio realizado por RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ en un caso de sintomatología ansiosa y depresiva que se presentaba como consecuencia de la desestructuración familiar en una adolescente, los resultados de aplicar una terapia cognitivo-conductual durante un tiempo limitado (activación conductual y reestructuración cognitiva), fue la reducción significativa de los síntomas[300].

En el estudio presentado por CAJA en el tratamiento de un TOC en un niño tras vivir un episodio familiar negativo, se aplicó un modelo cognitivo-conductual con una parte psicoeducativa como elemento fundamental, y los resultados fueron muy satisfactorios en seis meses[301].

En un estudio realizado en 2011 con adolescentes acerca de cómo influye la inteligencia emocional en su conducta, los resultados mostraron cómo los adolescentes con una mayor habilidad para reconocer los estados emocionales de los demás informaron de mejores relaciones sociales con iguales y padres, menor tensión en sus relaciones sociales, así como de un mayor nivel de confianza y competencia percibida, menor frecuencia de sentimientos de incapacidad y estrés social[302]. En una línea parecida se encuentra el estudio de 2014 en el que se examina en adolescentes la relación entre inteligencia emocional rasgo y los componentes motor (agresividad física y agresividad verbal), cognitivo (hostilidad) y afectivo/emocional (ira) de la conducta agresiva. Los resultados indicaron que los adolescentes con altas puntuaciones en conducta agresiva física, verbal, hostilidad e ira presentaron puntuaciones significativamente más bajas en inteligencia emocional rasgo que sus iguales con puntuaciones bajas en conducta agresiva física, verbal, hostilidad e ira[303]. Estos estudios resultan fundamentales para la elaboración de programas de prevención y tratamiento desde la infancia o la adolescencia.

ORTEGA, KENDZIERSKI y ARANDA concluyen en su estudio que tras aplicar a un paciente de 27 años con sintomatología ansioso-depresiva, distintas técnicas cognitivo-conductuales, tales como la activación conductual, el entrenamiento en toma de decisiones, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de la ira y pautas de higiene del sueño, se obtuvo eficacia en el control de la sintomatología ansioso-depresiva. Concretamente, se apreció un cambio significativo en la puntuación del BDI-II, en el número y el tipo de actividades desarrolladas, en la reducción de las rumiaciones, la mejora de

[300] RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, C.: "Intervención psicológica en una adolescente con problemas emocionales ante una situación de desestructuración familiar", Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes, Vol. 3, núm. 1, 2016.
[301] CAJA, R.: Evaluación de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo e intervención, Science Direct, Elsevier, Vol. 27, Issue 1, 2016.
[302] SALGUERO, J.M., FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., RUÍZ-ARANDA, D., CASTILLO, R., PALOMERA, R.: "Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia"…cit*;* pp. 143-152.
[303] INGLÉS, C.J., TORREGROSA, M.S., GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.M., MARTÍNEZ-MONTEAGUDO, M.C., ESTÉVEZ, E. Y DELGADO, B.: "Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescenciaen ", European Journal of Education and Pychology, Vol. 7, núm. 1, 2014; pp.29-41.

la calidad del sueño y las verbalizaciones del cliente. Los beneficios terapéuticos se mantuvieron en la sesión de seguimiento, un plazo de cinco meses[304].

En un estudio realizado en México, la aplicación de un metamodelo meditativo oriental en sujetos que padecían un trastorno neurótico, probaron la efectividad de esta técnica y se abre el camino para futuras investigaciones en la utilización de la meditación oriental y sus muchas variantes en la rehabilitación de la salud mental. Resultó ser efectivo como terapia complementaria en el tratamiento de la ansiedad en los pacientes neuróticos del grupo experimental y en la forma novedosa de relacionarse estos con el sufrimiento[305].

5. Derecho Penal y Neurociencia. Principio de culpabilidad

Apunta literalmente CANO PAÑOS en la nota preliminar de un artículo doctrinal escrito por el científico Wolf Singer que el principio de culpabilidad viene siendo considerado como el presupuesto subjetivo decisivo de la responsabilidad penal de un sujeto. Siempre el principio de culpabilidad ha tenido como presupuesto lógico la libertad de decisión de la persona, es decir, la capacidad del sujeto de entender y querer lo que está haciendo, por tanto, el que carece de esta capacidad no actúa libremente y, por ello, no puede ser considerado culpable de lo que hace. Por eso, la culpabilidad se fundamenta en la idea de que el hombre es un ser libre y racional, un ser capaz de establecer sus propias normas de conducta y, en consecuencia, de ajustar su conducta a esas normas. Un Derecho Penal concebido de esta forma, orientado al principio de culpabilidad y la libertad del individuo, ha tenido que enfrentarse a una problemática que sigue sin resolverse y que a día de hoy sigue enfrentando a las ciencias jurídicas y naturales: la problemática del libre albedrío, es decir, la posibilidad que tiene el sujeto de haber actuado un modo distinto. De esta forma se introduce el mencionado artículo que abre un curioso debate de principios entre el Derecho Penal y la Neurobiología con respecto a la problemática del libre albedrío y la culpabilidad[306].

Con respecto a lo anterior, explica el investigador WOLF SINGER en este artículo del año 2010 sobre la Neurobiología, que la corteza cerebral puede dividirse en distintas áreas, cada una de las cuales cumple una determinada función. La determinación del tipo de funciones en concreto se produce a través del origen de las señales, las cuales a su vez se hacen llegar a un

---

[304] ORTEGA OTERO, M., KENDZIERSKI, M., ARANDA RUBIO, Mª E.: "Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo"*, Revista de Psicoterapia*, Vol. 26, núm. 102, 2015.

[305] BESTARD BIZET, R.S., ESCOBAR DE LA TORRE, J.C., BESTARD SILVA, D.C.: "Efectividad del metamodelo meditativo en el tratamiento de los trastorno neuróticos", Revista electrónica de Psicología Iztacala, Universidad Autónoma de México, núm. 19, 2016.

[306] CANO PAÑOS, M.A.: Nota preliminar del traductor en "Experiencia propia y descripción neurobiológica ajena. Dos fuentes de conocimiento cargadas de conflicto"(Título original: "Selbsterfahrung und neurobiologische Fremdbeschreibung. Zwei konfliktträchtige Er- kenntnquellen")*,* Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, num. 12-r5, 2010, pp.1-4.
Véase al respecto artículo de prensa de EL PAÍS: MORÓN, L.: "Échale la culpa al cerebro" (http://elpais.com/elpais/2015/04/10/ciencia/1428694015_335589.html), Madrid, 2015.

ámbito concreto de la corteza cerebral. Así, las áreas en el lóbulo occipital obtiene sus señales de entrada principalmente del ojo pero es en la corteza del lóbulo occipital donde se forma lo que conocemos como; las áreas en el lóbulo parietal las reciben directamente del cuerpo como conjunto de unidades sensitivas, mientras que las correspondientes al lóbulo temporal las obtienen del oído. Por el contrario, otras áreas se ocupan principalmente de las señales que han sido asimiladas por parte de otras regiones de la corteza cerebral. Así, en la parte frontal del cerebro pueden encontrarse áreas corticales responsables de la inserción del organismo dentro del curso del tiempo. Aquí se realizan procesos memorísticos inmediatos que hacen posible darse cuenta de que hay un antes, un ahora y un después. Igualmente, en la parte frontal del cerebro se encuentran las áreas denominadas recientes desde un punto de vista filogenético, las llamadas áreas orbito-frontales, que presentan en el ser humano una especial acentuación y que son responsables de la inserción del individuo en entramados de carácter social, así como el razonamiento. Cuando en esta zona se produce una alteración, entonces la personalidad se menoscaba, perdiendo el ser humano sus principios morales y dando lugar a conductas de tipo asocial[307].

Tal y como defiende SINGER, el ser humano en su conjunto carecería de libre albedrío desde un punto de vista neurobiológico, ya que el cerebro es el encargado de tomar las decisiones, pero claro el cerebro es la parte más definitoria de la propia persona. Se sigue pensando que el ser humano se diferencia de los animales por su capacidad de decidir, sin embargo los científicos que se encargan del estudio del cerebro determinan que la idea del "hombre libre" resulta cada vez más difusa. Aquello que el ser humano experimenta como una decisión libre y voluntaria no es otra cosa que la justificación posterior de cambios de estado que de cualquier forma sucederían en el cerebro, el cual no toma decisiones de forma arbitraria, sino que éstas se basan en experiencias acumuladas. Señala que nadie puede tomar en realidad una decisión meditada sino que ésta viene predeterminada por su cerebro que tiene una forma de funcionamiento peculiar tal y como se explicará más adelante. En definitiva, Se decide sobre la base de los procesos neuronales que acontecen en su cerebro que a su vez puede verse influido por un gran número de factores intrínsecos y extrínsecos, la mayoría de los cuales no tienen carácter consciente. Es más, hasta las decisiones conscientes que se perciben como libres son siempre preparadas, influenciadas y a veces hasta determinadas por un gran número de procesos gestionados en el subconsciente.

Sin embargo y lógicamente, en este punto el Derecho Penal y la Neurociencia pueden tomar caminos distintos. El neurocientífico asume y comprende esa enorme variabilidad y complejidad de funcionamiento que hace a la persona reo de un funcionamiento autónomo de su propio cerebro y de las circunstancias que vive y ha vivido, y que escapan a su control con lo que en muy pocas ocasiones la persona podría ser declarada culpable de sus "involuntarias" acciones. El penalista, por el contrario, debe velar por el cumplimiento de la norma y si el incumplimiento se ha derivado en dolo el responsable debe ser juzgado por ello y en la medida que corresponda resarcir el daño causado. Se podrían ilustrar este conceptos con diversos ejemplos como pueda ser el tratamiento que se daría al daño ocasionado por un vehículo o un arma de guerra. En última instancia la mayoría de las veces no puede achacarse responsabilidad en

[307] SINGER, W.: *Experiencia propia y descripción neurobiológica ajena…cit*, p.13.

sus acciones ya que las mismas son el resultado de la acción de un cerebro (una persona) que las maneja. Sólo en algunas, pocas, ocasiones, "la máquina se vuelve loca", y no responde como se le ordena.

¿Y cómo llega el saber al cerebro? ¿Cómo sabe lo que hay que hacer y no hacer? ¿Cómo diferencia entre lo que está bien y lo que está mal? Explica SINGER que el funcionamiento, y con ello todo el saber y la capacidad de razonamiento y la forma de decidir, de que dispone el cerebro reside en su arquitectura funcional, en la forma de conexión específica de los miles de millones de células nerviosas. Dentro de este saber y del razonamiento se encuentra no solamente lo que se conoce sobre las condiciones del mundo, sino también el conjunto de reglas por las que ese saber se usa para estructurar nuestras percepciones, nuestras operaciones mentales, nuestras decisiones y nuestras acciones. En todo este proceso diferenciamos entre *el saber innato* que tiene un origen genético y *el saber recibido mediante la experiencia*, que lleva a modificaciones de esas opciones de conexión innatas.

Durante el desarrollo del cerebro (en el caso del ser humano llega hasta la pubertad) los procesos de carácter educativo y experimental marcan la formación estructural de las células nerviosas dentro del ámbito de constitución genéticamente prefijado y las diversas influencias ambientales. Todo lo que se aprende se limita a la variación de la eficiencia de las relaciones existentes. Aquel saber que ha sido adquirido adicionalmente desde comienzos de la evolución cultural y que se refiere a las condiciones del mundo y a las realidades sociales, se encuentra reflejado en manifestaciones de carácter específicamente cultural de la arquitectura funcional de cada uno de los cerebros. Aquellos factores que han marcado desde una época temprana programan las operaciones en el cerebro de un modo casi tan persistente como los factores genéticos, ya que ambos procesos se manifiestan del mismo modo en la especificación de los modelos de conexión.

El hecho de que aquellas habilidades adquiridas a través de la inclusión en la cultura también tienen una base neuronal es constatado por los resultados alcanzados por la Neurociencia Cognitiva[308]. Actos mentales como el compartir el sufrimiento ajeno, el cargo de conciencia, el autocontrol, la condena de una acción injusta, etc, se basan en la activación de estructuras

[308] La Neurociencia cognitiva es un área académica que se ocupa del estudio científico de los mecanismos biológicos subyacentes a la cognición, con un enfoque específico en los sustratos neurales de los procesos mentales y sus manifestaciones conductuales. Se pregunta acerca de cómo las funciones psicológicas y cognitivas son producidas por el circuito neural. La neurociencia cognitiva es una rama tanto de la psicología así como de la neurociencia, unificando e interconectando con varias subdisciplinas tales como psicología cognitiva, psicobiología y neurobiología. Antes del advenimiento de la tecnología de resonancia magnética funcional, esta rama de la ciencia era llamada psicobiología cognitiva. Los científicos que se dedican a esta área normalmente tienen estudios de base en psicología experimental o neurobiología, pero pueden provenir de varias disciplinas, tales como la psiquiatría, neurología, física, matemática, lingüística, y filosofía.
Los métodos empleados en la neurociencia cognitiva incluyen paradigmas experimentales de psicofísica y de la psicología cognitiva, neuroimagenneuroimaginamiento funcional, genómica congitiva, genética conductual, así como también estudios electrofisiológicos de sistemas neuronales. Estudios clínicos en psicopatología en pacientes con déficit cognitivos, constituye un aspecto importante de la neurociencia cognitiva. Las principales aproximaciones teóricas son la neurociencia computacional y las más tradicionales y descriptivas teorías psicocognitivas, como por ejemplo la psicometría.

neuronales bien definidas. Es evidente que también un ruego o una orden (una serie de estímulos sensoriales comunes) producen activaciones en determinadas regiones del cerebro, las cuales vuelven a calmarse cuando el cometido ha sido llevado a cabo o bien ha sido olvidado. De este modo, aquellos compromisos de carácter cultural, así como las interacciones sociales, influyen en las funciones cerebrales del mismo modo que aquellos otros factores, los cuales a su vez actúan en las conexiones neuronales y en aquellos modelos de estímulo que se basan en ellas. Para el desarrollo de las funciones en las redes neuronales es indiferente el hecho de si los modelos de conexión han experimentado su especial formación a través de instrucciones genéticas o bien a través de procesos de marcación cultural, de si la actividad de las neuronas se produce mediante su funcionamiento innato, estímulos sensoriales habituales o bien mediante señales de carácter social.

En relación a los procesos conscientes e inconscientes, SINGER afirma que las decisiones conscientes se basan en contenidos de percepciones de carácter consciente, así como en recuerdos que han sido depositados en la memoria declarativa como un saber explícito. Con respecto a las variables que interfieren se trata principalmente de aquello aprendido tardíamente: saber cultural formalizado, normas éticas establecidas, leyes, reglas de discurso y normas de conducta concertadas. Aquellas estrategias de ponderación, valoraciones y contenidos de saber implícitos que llegan al cerebro a través de normas genéticas, de influencias externas durante la primera infancia o procesos de aprendizaje inconscientes y que se sustraen así de un proceso de mentalización, no pueden en cambio utilizarse como variables para decisiones conscientes. Con todo, aquéllas actúan dirigiendo el comportamiento e influyendo así mismo en los procesos de decisión consciente. Las mismas guían al proceso de elección, el cual determina cuál de aquellas variables capaces de ser conscientes alcanzan respectivamente la conciencia, fijan las reglas según las cuales las variables son gestionadas, estando finalmente implicadas de un modo determinante en la valoración emocional de esas variables.

Los procesos conscientes se diferencian de los inconscientes sobre todo porque los primeros pueden ser objeto de atención, pueden ser mantenidos en la memoria inmediata, depositados en la memoria declarativa y formados lingüísticamente.

Independientemente de los estudios científicos realizados desde la Neurociencia, lo que resulta evidente es que se producen conductas delictivas a las que el Derecho Penal debe darle una respuesta, la cual entendemos en forma de pena. Y desde la perspectiva jurídico-social y en aras a darle a nuestra cotidianidad un sentido práctico sin entrar en demasiados pensamientos metafísicos, entienden gran parte de los penalistas, entre los que nos incluimos, que el origen del comportamiento del ser humano está en su propia libertad de decisión. Por tanto, si teniendo todas sus facultades en orden, decide tomar la decisión de realizar una conducta antijurídica, será culpable de la misma y deberá ser declarado imputable y responsable criminalmente de la misma. Razón por la cuál se le impondrá la pena correspondiente, con la finalidad, como indica GIMBERNAT de "reforzar aquellas prohibiciones cuya observancia es absolutamente necesaria para evitar, en la medida de lo posible, la ejecución de acciones que atacan las bases de la convivencia social, para conferir a tales prohibiciones un especial vigor que eleve en la instancia de la conciencia su efecto inhibidor en un Derecho penal así concebido, la pena no es ya algo irra-

cional, sino racional, es más razonable. Es un elemental recurso al que tiene que acudir el Estado para hacer posible la convivencia entre los hombres"[309]. Y todo ello dentro de lo que sería un funcionamiento normal o habitual pero también es preciso considerar lo que podría ser un funcionamiento anormal, no esperable, un funcionamiento trastornado por circunstancias endógenas del propio sistema o exógenas al mismo. Un funcionamiento que por mor de su propia alteración es necesaria e inevitablemente anómalo o por el contrario un funcionamiento que podría ser normal, ya que no presenta en sí mismo alteración, pero que las circunstancias que afronta hacen que se vea alterado ese funcionamiento. Con todas las variaciones, contribuciones y complicaciones posibles que en esa dicotomía se puedan presentar. Esta segunda forma de funcionamiento trastornado es a lo que harían referencia los trastornos neuróticos llamados así de una forma genérica pero que en lo que se refiere a su tratamiento jurídico-penal intentaremos aclarar en el presente estudio de investigación.

[309] GIMBERNAT ORDEIG, E.: "¿Tiene un futuro la Dogmática jurídico-penal?, en *Estudios de Derecho Penal, 3ª ed,* Tecnos, Madrid 1990, pp. 146-148.

V. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Hipótesis general

La hipótesis general subyacente al presente trabajo de investigación es que la neurosis, como enfermedad o trastorno mental tiene un tratamiento jurídico-penal complejo y en algunos casos hasta confuso, lo cual requiere un estudio sistematizado y una investigación científica adecuada que permita aclarar conceptos y sentar las bases para un uso de la jurisprudencia acorde con el estado actual de conocimientos relativo a esta importante y prevalente enfermedad psiquiátrica.

Como desarrollo de esta hipótesis general, se plantean una serie de hipótesis específicas sobre la neurosis y los trastornos neuróticos, su influencia en la conducta delictiva e implicaciones legales que, junto a la hipótesis general se confirmarán o refutarán con el estudio teórico y los resultados obtenidos de la presente investigación.

Hipótesis especificas

- Existe una notable diferencia entre el concepto de imputabilidad anterior al Código Penal de 1995 y el posterior que se aplica en la actualidad. Y en esta misma línea, también existe una importante diferencia entre lo que antiguamente se consideraba enfermedad mental y lo que se considera hoy día. La evolución y consiguiente inclusión de nuevas conceptualizaciones de lo que son los trastornos mentales en los manuales internaciones de diagnóstico, hace que anomalías o alteraciones psiquiátricas o psicológicas, o sus denominaciones concretas, aparezcan y desaparezcan con la consiguiente confusión en su tratamiento jurídico-penal. Un ejemplo paradigmático de ello es el concepto de neurosis y los muy diversos trastornos neuróticos y trastornos relacionados. En base a ello, el concepto de imputabilidad con respecto a los trastornos neuróticos ha variado notablemente en las últimas décadas, siendo algo que conviene aclarar.

- La evolución del conocimiento científico en todos los campos, y entre ellos en el ámbito de la Medicina y la Psiquiatría ha sido enorme en las últimas décadas, modificándose la idea que se tenía sobre la enfermedad, sus consecuencias y su evolución. Incluso la propia terminología va cambiando y adaptándose a los nuevos conocimientos. Estos cambios y evoluciones no se trasladan con la suficiente celeridad a otros ámbitos sociales y en particular al ámbito jurídico. En este campo la natural evolución del conocimiento se ve, además, contrabalanceada por una característica propia como es la importancia de la jurisprudencia o atención dada a casos similares ocurridos años o décadas anteriores. El equilibrio a que debe atender la justicia y quienes están en contacto directo con ella se presenta, así, particularmente difícil.
- En el ámbito jurídico, además, el diagnóstico de los trastornos mentales se realiza en base a los informes periciales. En relación a ellos y puesto que son pruebas solicitadas a instancia de parte y su contenido debe ajustarse a lo solicitado, en ocasiones pueden ser incompletos. Esto sumado a lo expresado en el párrafo precedente se traduce en sentencias inconsistentes, con diagnósticos imprecisos e incluso con terminología médico-científica no vigente, descatalogada o inadecuada. Por otra parte, los informes no contienen un

apartado que preste atención a la peligrosidad criminal del sujeto, salvo que éste aspecto sea solicitado expresamente.

- De manera específica, los términos neurosis y trastorno neurótico se han visto sometidos a una progresiva evolución que si bien puede apreciarse en el campo de la Psiquiatría/Psicología por el reciclaje de los manuales internacionales de diagnóstico y los Tratados más actuales, no es tan palmaria en el campo jurídico, de tal manera que las actuales resoluciones judiciales incluyen en sus redacciones los términos que se utilizaban por la jurisprudencia en los años ochenta y noventa. Ello refleja una falta de concordancia entre la clasificación diagnóstica y la calificación jurídica de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, reflejado en las resoluciones judiciales.
- Por último parece que las resoluciones judiciales que afectan a estos problemas no tienden a recoger medidas de seguridad en los casos de apreciarse eximente completa o incompleta por trastorno neurótico o del control de los impulsos. Y, además, con frecuencia, las decretadas en sentencia no vienen descritas de forma concreta.

En base a todo ello, el presente trabajo de investigación se presenta con los siguientes objetivos.

Objetivos

Objetivo general:

Estudiar de manera sistemática y caracterizar de manera precisa el tratamiento jurídico penal que se da a la neurosis, los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, actualizando conceptos y terminología para así poder establecer una jurisprudencia basada en la evidencia científica actual.

Objetivos específicos:

- ✓ Analizar el cambio legislativo y jurisprudencial producido desde el último Código Penal en el concepto de imputabilidad, la fórmula legislativa actual y el efecto psicológico que producen los trastornos neuróticos y del control de los impulsos en la responsabilidad criminal del sujeto que los padece.

- ✓ Presentar las clasificaciones más actuales de los trastornos mentales incluyendo las definiciones correspondientes, y prestando particular atención a los trastornos neuróticos y del control de los impulsos.

- ✓ Trasladar del ámbito médico-psicológico al ámbito jurídico cual es el estado actual del conocimiento relativo a los mecanismos fisiológicos y emocionales que actúan en el desencadenamiento de los distintos trastornos neuróticos y del control de los impulsos, pres-

tando también atención a las manifestaciones clínicas y terapias psicológicas y médicas aplicables.

- ✓ Identificar claves psicopatológicas, conductuales y motivacionales que faciliten al psicólogo/psiquiatra forense el correcto diagnóstico del tipo de trastorno neurótico o del control de los impulsos que pueda padecer el investigado y con ello poder hacer una aproximación más exacta de la valoración de su capacidad cognitiva y volitiva en el momento de la comisión del delito (informe de imputabilidad y de peligrosidad).

- ✓ Informar acerca de la evolución del término neurosis y trastorno neurótico en la Psiquiatría moderna, de forma que se utilicen los términos actuales correctamente, tanto en los informes periciales como en las resoluciones judiciales. Este y otros objetivos precedentes han sido abordados en el desarrollo del marco conceptual de la presente investigación para así facilitar una mejor comprensión de la misma.

- ✓ Determinar cuales son los trastornos neuróticos que pueden tener una mayor relevancia penal y realizar para ello una descripción de la tipología delictiva que con más frecuencia se asocia a estos trastornos.

- ✓ Describir y clasificar las resoluciones judiciales que incluyan los trastornos mentales objeto de estudio, prestando especial atención a la responsabilidad criminal que en las mismas se atribuye.

- ✓ Informar acerca de la apreciación por parte de los Tribunales de circunstancias eximentes y modificativas de la responsabilidad en caso de trastorno neurótico y del control de los impulsos con diagnóstico aislado.

- ✓ Analizar las resoluciones judiciales para describir si existe concordancia entre la terminología empleada en el diagnóstico clínico y la que finalmente se recoge en el fallo judicial.

- ✓ Analizar las medidas de seguridad que se aplican en las resoluciones donde existe un sujeto con trastorno neurótico o del control de los impulsos.

- ✓ Discutir los resultados obtenidos y realizar propuestas de futuro que mejoren la acción de la justicia en relación al tratamiento jurídico penal que se da en casos de trastornos neuróticos y de control de los impulsos, y todo ello basado en la jurisprudencia existente y la terminología psiquiátrica actual.

VI. METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Planteamiento general

El comienzo de la investigación surge a raíz de encontrar en el ámbito del ejercicio del Derecho, un número significativo de sentencias que refiriéndose a la neurosis y los trastornos neuróticos, utilizaban términos diferentes y tratamientos jurídico penales también distintos con supuestos de hecho prácticamente iguales. A partir de esa idea de desconcierto, tuve la curiosidad de indagar en la materia, tanto en la doctrinal como en la científica para conseguir sacar una conclusión de cómo afectaban los trastornos neuróticos a las capacidades de un sujeto, cómo influían en la imputabilidad y finalmente, cómo los juristas aplicaban las causas modificativas de la responsabilidad con o sin aplicación de medida de seguridad. A raíz de comenzar la investigación, observé que la jurisprudencia tenía tendencia a asemejar los trastornos del control de los impulsos a los neuróticos por su sintomatología, basada sobre todo en la afectación de la capacidad volitiva y por tanto, en el control de la voluntad, por esa razón decidí incluir ambos tipos de anomalías en el presente estudio.

Por otro lado e intentando realizar una sinergia entre las distintas ciencias, se hacía necesario estudiar la base de los trastornos desde su origen biológico para llegar a comprender mejor por qué los sujetos que los padecen actúan de una forma u otra, e incluso, por qué en unos casos se aplican atenuantes o eximentes y en otros no con el mismo tipo de trastorno, sabiendo ahora que lo más decisivo es el caso en concreto y el nivel de afectación que cada tipo de anomalía produzca al sujeto en el momento de cometer los hechos, no existiendo dos casos idénticos.

Términos de búsqueda

La denominación genérica “trastornos neuróticos” o incluso, y de más antiguo, ”neurosis” aúna un conjunto muy heterogéneo de cuadros psicopatológicos, como ya hemos visto en epígrafes anteriores. Como términos de búsqueda hemos utilizado tanto la denominación genérica como la propia de cada uno de los trastornos que básicamente es su sintomatología. Por tanto, y para el presente trabajo de investigación, dichos términos han sido: trastorno neurótico, neurosis, TOC, disociativo, angustia, ansiedad-depresión, fobia, pánico, neurosis de renta. Además, se ha utilizado como criterio de búsqueda los términos “anomalía o alteración psíquica” por separado, de forma independiente a los términos anteriores. En atención a otro tipo de trastornos mentales incluidos en el estudio, se han introducido las palabras claves: cleptomanía, piromanía, juego patológico, ludopatía, trastorno explosivo intermitente, control de los impulsos.

Se acordó delimitar como objeto de análisis aquellos trastornos mentales contemplados dentro de los manuales diagnósticos vigentes (DSM-5 y CIE-10), además de incluir por supuesto, los casos de asociaciones, donde pueda darse un trastorno neurótico y cualquier otra alteración psíquica, no para el estudio de investigación propiamente dicho, pero sí para incluirlo como anexo al mismo, de forma que le aporte mayor información al lector, y por si pudiera ser en un futuro de utilidad.

Existen algunas resoluciones judiciales con la inclusión de términos que no vienen recogidos en los manuales de diagnóstico (neurosis sexual, neurosis pasional, neurosis esquizoide, por ej.). Aunque también es cierto que encontramos algunas resoluciones donde no está bien definido el trastorno, utilizándose una terminología general como pueda ser: neurosis, trastorno de la personalidad, trastorno de la personalidad sin especificación o simplemente, trastorno mental o trastorno mental transitorio, pero sin especificar de qué tipo. En algunos casos el trastorno de personalidad está referido a la psicopatía y en otros, a los trastornos neuróticos. Por ello, se hace necesario leer las resoluciones en su totalidad para deducir el verdadero significado de la terminología empleada en base a las manifestaciones que presentaba el individuo en cuestión, y ello siempre que fuera deducible. En algunas resoluciones antiguas aparecen términos ya descatalogados u obsoletos, puesto que han sido modificados por las nuevas redacciones de los manuales o incluso por la modificación del Código Penal de 1995, esto es, oligofrenia, enajenado, etc, pero debemos contemplarlos tal y como aparecen en las propias resoluciones judiciales porque también han sentado o pueden sentar jurisprudencia. También es necesario indicar que algunas resoluciones han tenido que ser traducidas del catalán y del gallego.

En relación a la consecuencia jurídica derivada del hecho delictivo y a la apreciación o no de alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal o en su caso, de la exención de la misma, se utilizaron los siguientes criterios de búsqueda: eximente completa, eximente incompleta, atenuante, atenuante analógica, circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

En cuanto a la jurisprudencia relacionada con otro tipo de trastornos, se incluyeron las palabras relacionadas con los mismos (psicosis, esquizofrenia, psicopatía, retraso mental (incluso oligofrenia), abuso de sustancias, con la finalidad de explicar el apartado correspondiente al presupuesto biológico, la clasificación de los trastornos mentales realizada por la Pisquiatría tradicional y la jurisprudencia asentada al respecto.

Es necesario indicar que algunos trastornos atienden a distinta terminología en función del país. Nos referimos en concreto al trastorno por déficit de atención (TDA) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que es la terminología utilizada en EEUU. Sin embargo, en Reino Unido, la misma anomalía o alteración se denomina trastorno hipercinético (hyperkinetic disorder). Por ello, en nuestra jurisprudencia podremos encontrar ambos términos, que se emplean indistintamente.

En la parte relacionada con la Medicina se han incluido numerosas notas a pie de página con el objetivo de explicar al lector de otra rama científica determinados términos de la jerga médica. Se ha procedido de la misma forma en el capítulo de repaso histórico del término *neurosis* en relación a los autores que se nombran, exponiendo a pie de página una breve biografía de cada uno de ellos, para mejor comprensión del lector no experto en la materia.

Las figuras o dibujos que acompañan el texto simplemente expresan de manera gráfica el contenido del párrafo donde están situadas.

Además de todo ello, hemos realizado un estudio de campo, que se ha desarrollado a través de las conversaciones y posteriores entrevistas grabadas con numerosos profesionales de reconocido prestigio relacionados con la materia. Cada uno de los que intervienen han contestado a un cuestionario elaborado previamente de forma personalizada y adaptada a su experiencia

y bagaje profesional. Dichas entrevistas han sido audiograbadas e introducidas en un *pendrive*, que servirá como complemento a este estudio.

Fuentes de datos electrónicas

Los términos de búsqueda referidos en el epígrafe anterior se han buscado en las bases de datos jurídicas que a continuación se relacionan. Se han ido utilizando cada base por separado, introduciendo todos los criterios por orden en cada una de ellas. De ahí se han seleccionado aquellas sentencias que eran útiles para el presente estudio y por otro lado, las que serían incluidas en los anexos, pero todas han sido analizadas exhaustivamente.

Las bases de datos jurisprudenciales empleadas han sido:

EL DERECHO (con acceso a través del servicio de Internet www.elderecho.com, editorial Grupo Francís Lefebvre), para las resoluciones del TS, AN, TT.SS.JJ. y AA.PP.

ARANZADI (con acceso a través del servicio de Internet www.westlaw.es, editorial Aranzadi), para las resoluciones del TS, AN, TT.SS.JJ. y AA.PP.

TIRANT LO BLANCH (con acceso a través del servicio de Internet www.tirantonline.com, editorial Tirant lo Blanch), para las resoluciones del TS, AN, TT.SS.JJ. y AA.PP.

CGPJ (con acceso a través del servicio de Internet www.poderjudicial.es), para las Resoluciones, Acuerdos y Plenos del TS, Sala 2ª.

LA LEY (con acceso a través del servicio de Internet www.laley.es, editorial Wolters Kluwer), para las resoluciones del TS, AN, TT.SS.JJ. y AA.PP.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (con acceso a través del servicio de Internet www.tribunalconstitucional.es), para las sentencias del TC.

Manuales de diagnóstico utilizados:

DSM-IV-TR (APA)

DSM-5 (APA)

CIE-10 (OMS)

Otras fuentes oficiales:

www.psiquiatria.com: web médica acreditada, reconocida de interés sanitario por la Sociedad Española de Psiquiatría.

Sociedad española de Psiquiatría Biológica (SEPB): www.sepb.es

RECPC (www.ciminet.ugr.es): Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología.

Revista de Neuro-Psiquiatría de Perú (www.upch.edu.pe).

Revista de Medicina de la Universidad de Navarra (www.unav.edu).

REVISTAAEN (www.revistaaen.es): Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

ELSEVIER (www.elsevier.es): Revista Española de Medicina Legal.

SEBBM (www.sebbm.com): Revista de la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular.

REIC (www.criminologia.net): Revista española de investigación criminológica.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior (a través del servicio de Internet www.institucionpenitenciaria.es): Estadística penitenciaria.

Revista internacional PEI: Psicología y Educación integral A.C. (con acceso a través de Internet www.peiac.org).

Schizophrenia Bulletin, Oxford Journals (con acceso a través del servicio de Internet www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org).

Revista de Psicoterapia (con acceso a través de Internet www.revistadepsicoterapia.com).

Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (con acceso a través del servicio de Internet www.casosclinicosensaludmental.es).

Revista electrónica de Psicología Iztacala, Universidad Autónoma de México (con acceso a través de Internet www.campus.iztacala.unam.mx).

Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia (con acceso a través de Internet www.um.es).

European Journal of Education and Psychology (con acceso a través de Internet: www.formacionasunivep.com).

Revista Adicciones versión online (con acceso a través de Internet www.adicciones.es), financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Noticias jurídicas (con acceso a través del servicio de Internet www.noticiasjuridicas.com).

El defensor del pueblo andaluz (con acceso a través del servicio de Internet www.defensordelpuebloandaluz.es).

Instituto Andaluz de Salud Mental, S.A.S., Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (con acceso a través del servicio de Internet www.juntadeandalucia.es).

Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior (con acceso a través del servicio de Internet: www.institucionpenitenciaria.es).

Organización Mundial de la Salud (con acceso a través del servicio de Internet: http://www.who.int/es/).

Portal estadístico del SNS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), a través del servicio de Internet: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm.

Revista de estudios penitenciarios, Ministerio del Interior (con acceso a través del servicio de Internet: www.institucionpenitenciaria.es).

Ministerio de Justicia (con acceso a través de Internet: www.mjusticia.gob.es).

Informes oficiales

Informe de la Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental. FAISEM, agosto 2012.

Informe sobre la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud, 2010.

Informe prevalencia de los trastorno mentales en Centros Penitenciarios españoles (ESTUDIO PRECA - prevalencia cárceles), junio 2011.

Estudio ESEMeD-España, Med. Clin 2006.

II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012.

Caracterización y clasificación de las resoluciones

Tras identificar las sentencias que incluían alguno de los términos arriba mencionados, la primera clasificación que se ha realizado con respecto a las resoluciones ha sido en base a la circunstancia modificativa o la eximente aplicada por los jueces o tribunales con la finalidad de obtener unos datos concretos y porcentuados acerca de cómo influyen los trastornos neuróticos aislados en la responsabilidad de los sujetos que lo padecen. Lógicamente se han incluido y clasificado también todas las resoluciones en las que había plena imputabilidad, al no verse afectadas las facultades del sujeto por los mencionados trastornos.

De la misma forma se ha realizado con respecto a los trastornos del control de los impulsos con repercusión penal (piromanía, cleptomanía, trastorno explosivo intermitente y ludopatía), obteniéndose datos concretos y porcentuados.

En segundo lugar se ha realizado una gráfica para informar qué tipo de trastorno neurótico y del control de los impulsos aparece en todas las resoluciones estudiadas. De esta forma se apreciará con claridad cuáles son los más frecuentes.

En tercer lugar se han clasificado las resoluciones con trastornos neuróticos aislados y del control de los impulsos en base a la terminología empleada en las resoluciones judiciales y si ésta tienen o no concordancia con los diagnósticos empleados en la psiquiátrica actual, es decir, en los manuales internaciones de diagnóstico, con la finalidad de agrupar las que realmente pueden servir como jurisprudencia y las que tendríamos que descartar por el empleo de una terminología imprecisa o desfasada.

En cuarto lugar, se ha incluido un gráfico con todos los delitos que vienen recogidas en las resoluciones estudiadas, indicando el número exacto de cada uno de ellos.

Y por último, en la parte dedicada a las consecuencias jurídicas, se ha realizado también una gráfica con todas las medidas de seguridad decretadas en aquellas resoluciones donde se ha apreciado eximente completa o incompleta por padecer un trastorno neurótico o del control de los impulsos.

Tanto los tipos de trastorno como los hechos delictivos están recogidos en el presente estudio de forma literal, tal y como aparecen en las propias resoluciones judiciales. En algunas

ocasiones, el tipo de delito estará actualmente destipificado, al igual que la terminología psiquiátrica empleada, pero se ha preferido introducir los datos de forma literal, para evitar interpretaciones.

En el caso de los Anexos que se incluyen al final del estudio, se ha incorporado uno acerca de los trastornos asociados recogidas en las resoluciones, indicando qué tipo de trastorno iba asociado al neurótico, con el identificativo de cada resolución. Siempre se incluirá un trastornos neurótico y otro/s de distinta naturaleza. Además se incorpora la consiguiente tabla en la que se indican las resoluciones que son precisas, las que requieren mayor precisión y las desechables por imprecisión en caso de asociaciones. También se ha incorporado un anexo con las medidas de seguridad decretadas en resoluciones con trastornos asociados (siempre neurótico o del control de los impulsos y otro de distinta naturaleza).

VII. RESULTADOS

De las clasificaciones que nos presentan la CIE-10 y el DSM-5, sólo algunos de los trastornos mentales podrían tener o es previsible que puedan tener repercusión penal, tanto por las manifestaciones clínicas como por las consecuencias que éstos producen en la conducta del sujeto que los padece. Obviamente, el criterio seleccionador que hemos empleado en el presente trabajo se ha basado por un lado en el conocimiento del concepto de neurosis, de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, según se han definido anteriormente, también del conocimiento del substrato biológico determinante y, por último y más importante, en el análisis exhaustivo de la jurisprudencia existente en nuestro sistema judicial.

Como hemos explicado, la repercusión penal de los trastornos se basa en el efecto que los mismos provoquen en el sujeto que los padece o en los demás. Es decir, que incidan en el sujeto de tal forma que le impidan comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a la comprensión de la norma, y que esto tenga consecuencias lesivas para otros. Sin embargo, si el trastorno sólo provoca una situación incómoda en su día a día, pero no le lleva a ejecutar un acto lesivo o delictivo, no tendrán entidad bastante como para considerarse con repercusión penal y por tanto, no se recogerán en las resoluciones judiciales, no teniendo lógicamente valor para nuestro estudio. Pensemos por ejemplo en el sujeto que padeciendo una acusada fobia ambiental (situaciones relacionadas con la naturaleza o los fenómenos atmosféricos) de forma accidental, vive un tornado o una tormenta peligrosa, el miedo que experimenta no es proporcional a la situación, sino que se encuentra desbordado, con una serie de síntomas que escapan al control de la voluntad y que un momento dado, por los efectos de ese temor y el intento de sobrevivir, lesiona un bien jurídico o, por ejemplo, agrede a otro sujeto para ocupar su lugar, que le ofrece mayor protección.

En relación al trastorno obsesivo-compulsivo, pueden existir casos donde la patología no tenga repercusión penal. Pensemos en el sujeto obsesionado con el orden y la limpieza que ciertamente le produce un deterioro de su actividad general o un malestar significativo, pero no llega más allá, pero pensemos en otro individuo que padece obsesiones de carácter agresivo. Al consistir en pensamientos que el individuo considera intrusos e inapropiados, intenta huir de ellos o eliminarlos de cualquier forma. En algunos casos, el sujeto experimenta ansiedad y malestar significativo. En numerosos supuestos, este tipo de trastorno convive con alguna forma de psicosis (esquizofrenia, paranoia y trastorno bipolar, normalmente).

En relación a la ansiedad y la fobia, si son de entidad bastante, producen normalmente en el sujeto una afectación de su capacidad volitiva, no tanto así de la cognitiva porque sí se suele tener conciencia de la ilicitud del hecho, salvo en aquellos casos en los que el diagnóstico sea dual y se acompañe de otro trastorno de mayor gravedad que afecte severamente a sus facultades intelectivas o se asocie con el consumo de alcohol u otras sustancias. En muchos de estos casos, el sujeto muestra agresividad, especialmente en aquellos casos que lleven aparejado un trastorno de pánico.

Cabe en este punto detenernos para diferenciar entre el miedo o fobia derivados de un trastorno neurótico, cuya posible modificación de la responsabilidad penal iría aparejada a la eximente del art. 20.1 CP, por padecer anomalía o alteración psíquica y la causa recogida en el art. 20.6 del mismo cuerpo legal, que se refiere al que obre impulsado por miedo insuperable. Si bien en el primer caso, el miedo es subjetivo y no real, derivado del trastorno psíquico que se padece, en el segundo, el miedo ha de ser real, efectivo y acreditado y la insuperabilidad del mismo supone un requisito objetivo. Señala MORALES PRATS en relación al miedo insupera-

ble que: "Es entendido como alteración de la capacidad de decisión, provocada por el recelo o la aprensión que un sujeto alberga intelectivamente frente a un factor del que deriva la posibilidad de acaecimiento de un evento negativo; se trata de una alteración que no llega a anular la capacidad de conocer y querer, pues si tal efecto psicológico-normativo llegara a producirse en el sujeto, se entraría en los dominios de la causa de inimputabilidad del art. 20.1 CP"[310]. Por tanto la diferencia es clara entre ambos. Si el miedo procede de un trastorno psicológico (normalmente, neurótico), la posible exención de responsabilidad se encajaría en la eximente del art. 20.1 CP, sin embargo, si el miedo proviene de una situación concreta y real, se aplicaría la eximente del art. 20.6 CP. En palabras del Alto Tribunal: "La doctrina jurisprudencial exige para la aplicación de la eximente -completa o incompleta- de miedo insuperable, la concurrencia de los requisitos de existencia de un temor inspirado en un hecho efectivo, real y acreditado y que alcance un grado bastante para disminuir notablemente la capacidad electiva. Y que para la apreciación de la eximente incompleta pueden faltar los requisitos de insuperabilidad del miedo, carácter inminente de la amenaza o que el mal temido fuese igual o mayor, requisito que hoy ya no se exige en el CP 95. De modo que lo que nunca podrá faltar es la existencia de un temor inspirado en un hecho efectivo, real y acreditado y que alcance un grado bastante para disminuir notablemente la capacidad electiva".
Veamos cuales son.

Trastornos neuróticos:

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos adaptativos (ansioso-depresivos)
- TOC
- Trastornos disociativos
- Trastornos somatomorfos o de somatización

Trastornos del control de los impulsos:

- Piromanía
- Cleptomanía
- Trastorno explosivo intermitente
- Ludopatía/Juego patológico

[310] MORALES PRATS, F.: "Ausencia de culpabilidad, no exigibilidad de otra conducta: El miedo insuperable y la llamada obediencia debida" en QUINTERO OLIVARES, G.: *Parte General del Derecho Penal…cit*, p. 275.
Véanse al respecto las siguientes resoluciones: STS 1495/99, de 19 de octubre (EDJ 1999/29602), STS de 21 de octubre de 1991 (RJ 1991/7327), de 18 de octubre de 1993 (RJ 1993/7791), de 19 de octubre de 1993 (RJ 1993/4177), de 19 de julio de 1994 (RJ 1994/6653), de 19 de julio de 1994 (RJ 1994/6653), STS de 13 de diciembre de 2002 (EDJ 2002/59254) y STS 186/2005, de 10 de febrero de 2005 (EDJ 2005/23854).

Una vez analizadas las resoluciones judiciales que incluyen neurosis, algún trastorno neurótico o del control de los impulsos con repercusión penal, se han extraído una serie de datos concluyentes para nuestro estudio, que se expondrán a continuación.

1. Descripción de la tipología delictiva

En este apartado se analizan los tipos de delitos cometidos por los sujetos que padecen neurosis, trastornos neuróticos o del control de los impulsos, que como veremos, son de la índole más diversa, salvo en los casos de determinados trastornos, que por la sintomatología están necesariamente relacionados con uno o dos tipos de delitos concretos.

En el caso concreto del trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple) el individuo ve dominada su conciencia por una o más personalidades distintas (los estudios apuntan hasta cien) que le harán conducirse y actuar conforme a las características conductuales y a la naturaleza de la personalidad que en el momento esté primando en el área de su conciencia. Existe una alteración de las funciones integradoras de la identidad, la memoria y la conciencia. El sujeto que lo padece puede por tanto, perder u olvidar temporalmente su identidad y asumir una nueva. Suele ir acompañado de episodios de amnesia y despersonalización. La nosología psiquiátrica establece la causa en el padecimiento desde la infancia de maltrato y abusos sexuales, por lo que el sujeto a través de un mecanismo de autohipnosis, crea varias personalidades que le permiten huir de determinados sucesos o autoprotegerse de los mismos. Por ello, los delitos que con mayor frecuencia son cometidos por estos sujetos son: delitos contra la vida, lesiones y agresiones sexuales, motivado en la mayoría de los casos, por la necesidad de "venganza". Dentro de este apartado, es necesario aludir al trastorno por estrés agudo, que aunque en los manuales de diagnóstico se incluye en los trastornos por ansiedad, quizás la consecuencia más relevante desde el punto de vista penal, es precisamente, al igual que el trastorno disociativo, los episodios de despersonalización y amnesia que provocan, aunque a diferencia del anterior, el carácter no es permanente sino motivado por una situación de estrés concreta, por lo que en este caso, en base al criterio de la durabilidad, podría encajarse como un trastorno mental transitorio, siempre, claro está, que suponga una perturbación de intensidad honda y notoria.

En relación a los trastornos de control de los impulsos, puesto que son alteraciones que afectan precisamente a los impulsos, inciden sobretodo en la capacidad volitiva, igual que en los trastornos neuróticos, de ahí que tanto la doctrina como la jurisprudencia hayan apreciado notables similitudes entre ambos. Tan sólo nos centraremos en los que puedan tener repercusión penal, esto es, ludopatía o juego patológico, piromanía, cleptomanía y trastorno explosivo intermitente.

En el caso de la ludopatía, señala BORJA JIMÉNEZ tres elementos que la identificarían con los trastornos neuróticos: "a) Parece ser que la ludopatía, como la neurosis, no tiene, frente a lo que ocurre en las psicosis, un origen biopatológico, sino meramente existencial o social. b) No afecta a todas las capacidades intelectivas y volitivas del agente, sino, por el contrario, incide más en el aspecto volitivo en relación a facetas de su vida, especialmente las que afectan al juego-apuesta. c) El trastorno, como forma neurótica, admite diversas graduaciones en cuanto a su nivel patológico y en los supuestos más graves altera sus relaciones sociales, familiares o laborales, de tal forma que pese a tener una conciencia de la realidad equiparable al de un ciu-

dadano normal, o algo más disminuida, dicha alteración puede afectar al desenvolvimiento del conjunto de su existencia"[311]. Esta patología suele estar muy relacionada con los delitos de robo, hurto, estafa y falsificación. Aunque también cabe apuntar que no siempre el sujeto que padece ludopatía comete un acto delictivo, puesto que el individuo que puede permitirse, económicamente hablando, jugar o apostar, por grave que sea su adicción, no le llevará a delinquir.

En cuanto a la piromanía, se trata de un comportamiento caracterizado por la reiteración de actos o intentos de prender fuego a las propiedades u otros objetos, sin motivo aparente, por lo que de igual forma pueden apreciarse las similitudes con el trastorno obsesivo-compulsivo. Está muy relacionado con los delitos de incendio recogidos en los arts. 351 y ss CP.

La cleptomanía ya hemos visto que se define como un trastorno que se caracteriza porque el individuo reiteradamente fracasa en el intento de resistir los impulsos de sustraer objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos. El sujeto sufre el impulso de manera inesperada y resulta irrefrenable para él. También en este caso muestra semejanzas con los síntomas de los trastornos neuróticos, en cuanto a la compulsividad e incluso la angustia o la ansiedad. Se relaciona con los delitos leves de hurto, puesto que los objetos sustraídos suelen ser de poca importancia. En ocasiones, convive con el trastorno obsesivo-compulsivo, existiendo supuestos de compras compulsivas que se compagina con la sustracción de pequeños objetos, normalmente en tiendas o centros comerciales. Y otras veces, convive con los trastornos depresivos.

Y por último, en relación al trastorno explosivo intermitente (TEI) como está caracterizado por expresiones extremas de enfado e ira, agresividad e impulsividad, está relacionado normalmente con delitos de amenazas, lesiones, atentado y resistencia a la autoridad.

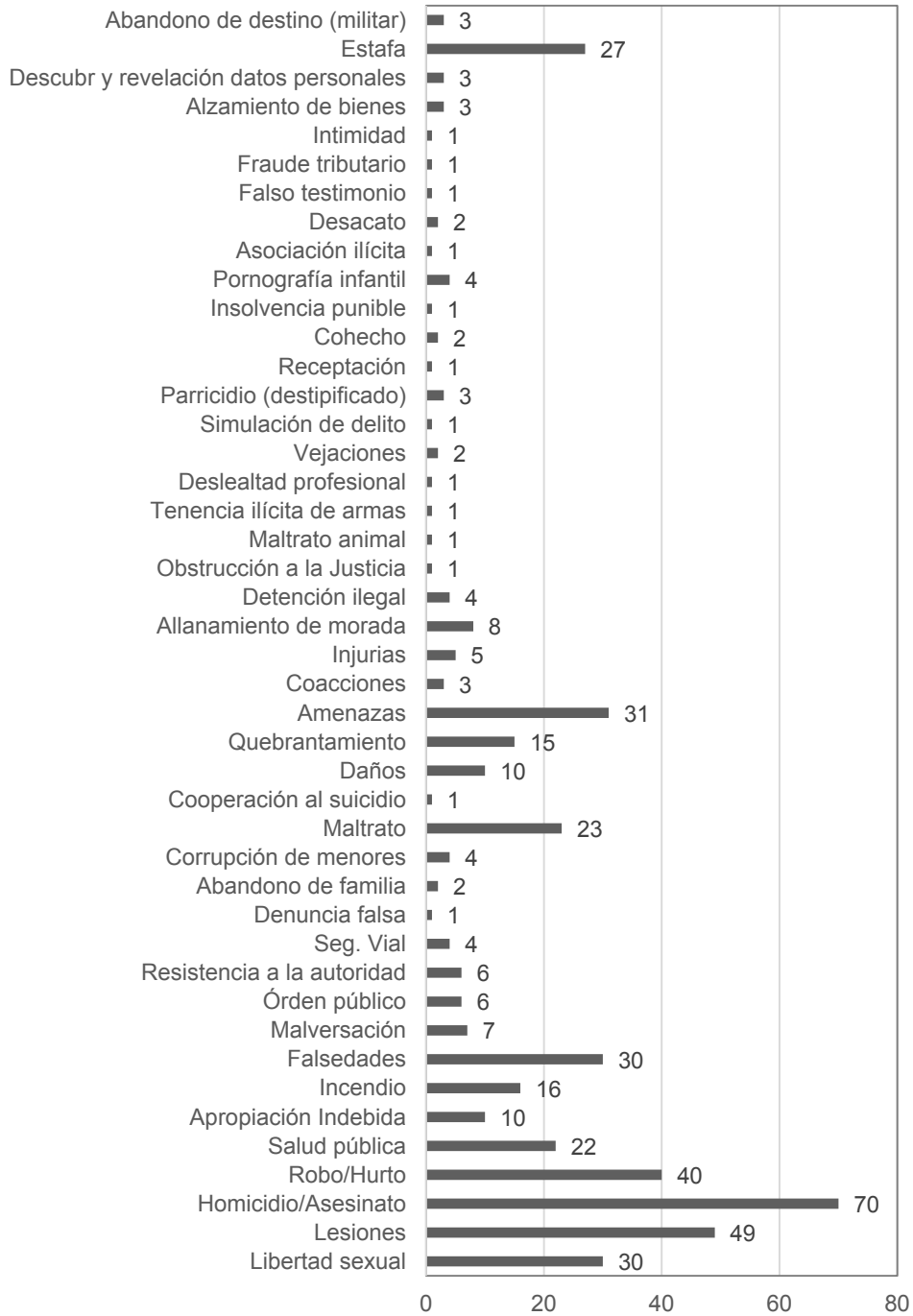
En los demás casos de trastornos no podemos establecer una estadística firme, puesto que como se verá en las tablas que se incluyen en el siguientes epígrafe, están relacionados con todo tipo de delitos.

A continuación se expone en la *tabla 8* con los delitos recogidos en las resoluciones analizadas en el presente estudio y que incluyen el conjunto de sentencias en los que, para los individuos juzgados, se atribuye alguno de los trastornos más arriba mencionados. De la interpretación de estos datos, cabe aportar los siguientes datos numéricos: delitos contra la vida (homicidio y asesinato): 70; delitos contra la integridad física (lesiones): 49; delitos contra el patrimonio (robo y hurto): 40; delitos contra la libertad (amenazas): 31; delitos de falsedades: 30; delitos contra la libertad e indemnidad sexuales: 30; delitos de estafa: 27; delitos de maltrato: 23; delitos contra la salud pública: 22; delitos de incendio: 16; delitos de apropiación indebida: 10; delitos de quebrantamiento: 15; delitos de daños: 10; delitos de allanamiento de morada: 8; delitos de malversación: 7; delitos de resistencia a la autoridad: 6; delitos contra el orden público: 6; delitos de injurias: 5; delitos contra la seguridad vial: 4; delitos de corrupción de menores: 4; delitos de detención ilegal: 4; delitos de pornografía infantil: 4; delitos de abandono de destino (militar): 3; delitos de descubrimiento y revelación de secretos: 3; delitos de alzamiento de bienes: 3; delitos de parricidio (destipificado): 3; delitos de coacciones: 3; delitos de

[311] BORJA JIMÉNEZ, E.: *Algunas consideraciones jurídico-penales y criminológicas sobre el juego patológico*, Revista Actualidad Penal, Sección Doctrina, 1998, Ref. I, pág. 1, tomo 1, Editorial La Ley (LA LEY 17270/2001*)*, pp. 8 y 9.

abandono de familia: 2; delitos de vejaciones: 2; delitos de cohecho: 2; delitos de desacato: 2; delito contra la intimidad: 1; delito de fraude tributario: 1; delito de falso testimonio: 1; delito de insolvencia punible: 1; delito de simulación de delitos: 1; delito de deslealtad profesional: 1; delito de tenencia ilícita de armas: 1; delito de maltrato animal: 1; delito contra la Administración de Justicia (obstrucción a la Justicia): 1; delito de cooperación al suicidio: 1; delito de denuncia falsa: 1; delito de receptación: 1; delito contra los sentimientos religiosos: 1.

Tabla 8. Tipo de delitos cometidos por sujetos presentan neurosis, un trastorno neurótico o del control de los impulsos, siendo éstos un diagnóstico aislado/unitario (TS, AA.PP, TT.SS.JJ):



2. Descripción y clasificación de las resoluciones judiciales en base al tipo de trastorno con diagnóstico unitario

En relación a la consideración de circunstancia eximente, es de destacar aquí un fragmento de la *STS de 10 de junio de 1999 (EDJ 1999/10610)*, en la que se señala: "Las neurosis y los trastornos de personalidad nunca han sido considerados por la doctrina de esta Sala base fáctica suficiente para apreciar la concurrencia de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica y sólo excepcionalmente, se ha aceptado que den lugar a la correspondiente eximente incompleta. Por regla general, la caracterización que se ha dado de dichas anomalías, en el plano de la imputabilidad, ha sido la de una atenuante de análoga significación a la eximente incompleta de enajenación mental".

Es necesario indicar que *ansiedad* y *angustia* se utilizan como sinónimos en la CIE-10 (corresponden al inglés *anxiety*). En la mayoría de los casos figura ansiedad, ya que se utiliza con más frecuencia en Medicina. Angustia parece significar una mayor gravedad psiquiátrica, fuera del alcance de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiatras. En el DSM-5 no se hace referencia a la angustia, sin embargo, nos parecía necesario esclarecer este término, puesto que en las resoluciones estudiadas aparecen uno y otro término con bastante frecuencia. Y por otro lado, es importante aclarar que con la modificación de nuestro actual Código a través de la LO 5/2010, de 22 de junio, el art. 21 pasa a tener 7 apartados en vez de 6, por lo que la atenuante analógica a la que continuamente nos referimos, anteriormente se recogía en el art. 21.6 y a partir de la modificación, en el 21.7 CP. De esta forma, todas las resoluciones anteriores a la entrada en vigor de dicha ley orgánica, recogerán la atenuante analógica por aplicación del art. 21.6 CP.

En este estudio sólo hemos incluido los trastornos neuróticos y del control de los impulsos con diagnóstico unitario. Las asociaciones, dado que el tratamiento penal no cabe atribuirlo en exclusiva al trastorno en estudio, se expondrán en el Anexo correspondiente.

A continuación y para facilitar su búsqueda e identificación, se presentan y resumen en forma de tabla las resoluciones judiciales encontradas, el hecho delictivo imputado, la anomalía o alteración psíquica que se describe y presenta el acusado y, por último, la responsabilidad criminal que se le atribuye, diferenciándose y destacándose en distinto color si se atribuye imputabilidad plena, eximente completa, eximente incompleta o atenuante analógica. De esta forma, cualquier lector interesado puede buscar fácilmente la jurisprudencia que mejor le encaje a su caso o interés.

Insistimos que lo más destacado de esta clasificación resulta ser el tratamiento jurídico penal que se le da a los sujetos que padeciendo este tipo de trastornos han cometido un hecho delictivo, por ello, el apartado relativo a la responsabilidad criminal está señalado de forma especial, con el mismo color que se ha aplicado en los gráficos que se exponen más adelante.

TRASTORNOS NEURÓTICOS:

Tabla 9. TRASTORNOS ADAPTATIVOS (cuadro ansioso depresivo) y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	HECHO DELICTIVO	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	RESPONSAB. CRIMINAL
23-1-1946	STS	Parricidio	Depresión, temperamento nervioso excitante, carácter impulsivo	**Ex. Completa. TMT**
2-2-1979	STS	Delito de apropiación indebida	Inestabilidad emocional, con neurosis de angustia y posibilidad de reacciones desproporcionadas ante determinados estímulos, pero sin trascendencia	**Plena imputabilidad**
17-12-1980	STS	Delito de homicidio	Neurosis histérica de carácter leve	**Plena imputabilidad**
29-02-1988	STS	Homicidio frustrado	Brote reactivo de neurosis depresiva de etiología vasculopática	**Ex. Incompleta**
27-4-1991	STS	Delito de robo con intimidación en las personas	Trastorno ansioso-depresivo moderado-severo con periodos de mejoría y exacerbación	**A. Analógica**
27-5-1991	STS	Delito continuado de falsedad en documento oficial y otro de malversación	Neurosis de angustia, tipo depresiva	**Plena imputabilidad**
05-10-1992	STS	Delito contra la salud pública (tráfico de drogas)	Neurosis depresiva que alteraba un poco sus facultades volitivas	**Ex. Incompleta. TMT**
7-5-1993	STS	Homicidio en grado de frustración	Neurosis de angustia	**Ex. Incompleta**
22-11-1993	STS	Homicidio	Neurosis de ansiedad y depresiones	**Atenuante analógica**
22-12-1994	STS	Delito de incendio	Brote reactivo de neurosis depresiva con alcoholismo	**Ex. Incompleta**
8-2-1995	STS	Delito de corrupción de menores, rapto y contra la salud pública	Neurosis depresiva (distimia), adición a la cocaína y abuso de alcohol con debilitamiento de las facultades de inhibición o de autocontrol	**Ex. Incompleta**
08-02-1995	STS	Asesinato	Neurosis depresiva crónica	**Plena imputabilidad**
2-10-1995	STS	Homicidio	Trastorno depresivo adaptativo a una serie de circunstancias adversas que le afectaban incidiendo de una manera muy sensible en sus facultades volitivas	**Ex. Incompleta**
2-12-1996	SAP Granada	Asesinato	Personalidad neurótica con crisis confuso-ansiosas	**Ex. Incompleta**
14-2-1997	STS (Sala de lo Militar)	Delito de abandono de destino	Trastorno de angustia (neurosis o trastorno neurótico de personalidad)	**Ex. Incompleta**

30-4-1998	SAP Zamora	Delito de falsificación en concurso con uno de estafa y una falta de hurto	Trastorno de ansiedad generalizada y control de los impulsos	**Plena imputabilidad**
11-05-1998	STS	Delito contra la salud pública por tráfico de drogas y otro de contrabando	Neurosis depresiva	**Plena imputabilidad**
18-12-1998	SAP Madrid	Quebrantamiento de condena	Neurosis depresiva que disminuía su capacidad intelectiva y volitiva	**A. Analógica de enajenación**
11-5-1999	STS (Sala de lo Militar)	Delito de abandono de destino	Situación ansioso-depresiva	**Ex. Incompleta**
24-05-1999	STS	Homicidio frustrado	Alto índice de angustia	**A. Analógica**
28-10-1999	SAP Almería, Secc. 2ª	Delito de falso testimonio	Trastorno adaptativo y depresivo con epilepsia, teniendo viciada la capacidad volitiva	**Ex. Incompleta**
5-5-2000	SAP Madrid, Secc. 15ª	Asesinato	Trastorno adaptativo con alteración de conducta y fuerte estrés	**Ex. Completa. Tratamiento psiquiátrico externo**
29-6-2000	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Delito de lesiones	Trastorno ansioso depresivo que limita su autocontrol en determinadas circunstancias	**Ex. Incompleta**
13-7-2000	SAP León, Secc. 3ª	Delito de lesiones	Trastorno adaptativo con ideas celotípicas y de perjuicio	**Ex. Incompleta**
5-10-2000	SAP Burgos, Secc. 1ª	Delito de robo con fuerza en las cosas	Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y depresión) con rasgos psicóticos	**Ex. Incompleta. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio**
18-1-2001	SAP Sevilla, Secc. 4ª	Delito de denuncia falsa	Trastorno neurótico por depresión. *La AP entiende que podría aplicarse una atenuante analógica, pero al haber fijado la pena en su límite mínimo, al final la desestima*	**Plena imputabilidad**
21-5-2001	SAP Vizcaya, Secc. 6ª	Falta de hurto	Trastorno de ansiedad generalizada. *El Juzgado de primera instancia considera una eximente completa por aplicación del art. 20.1 CP, pero es totalmente revocada por la AP*	**Plena imputabilidad**
27-07-2001	STS	Delito contra la salud pública (tráfico de drogas)	Neurosis depresiva	**Plena imputabilidad**
4-2-2002	SAP Valladolid, Secc. 2ª	Delito de desórdenes públicos	Episodio de angustia y obsesión que afectaba de forma importante a sus facultades volitivas	**Ex. Incompleta**
10-3-2002	STS	Delito contra la salud pública	Trastorno de ansiedad que probablemente venía de su drogodependencia, sin influencia en sus facultades intelectivas y volitivas	**Plena imputabilidad**
24-4-2002	STSJ Murcia, Secc. 1ª	Delito continuado de incendio forestal	Cuadro de neurosis de ansiedad y angustia, que no afecta a su imputabilidad	**Plena imputabilidad**

24-4-2002	STS	Delito continuado contra la salud pública	Trastorno de ansiedad fóbico con rasgos obsesivos e hipocondriacos	**A. Analógica**
29-7-2002	SAP Córdoba, Secc. 3ª	Delito de lesiones	Trastorno ansioso depresivo crónico con agorafobia y episodios de angustia	**Ex. Incompleta**
19-9-2002	SAP Madrid, Secc. 7ª	1 delito de asesinato, 2 faltas de lesiones y 1 delito de incendio	Trastorno adaptativo depresivo con leve limitación de su capacidad de autocontrol	**A. Analógica**
27-12-2002	SAP Zaragoza, Secc. 1ª	Delito de hurto	Trastorno adaptativo por estrés agudo y ansiedad con afectación de su conducta y alteración ocasional de su conciencia que le impide conocer el alcance de sus actos	**Ex. Completa**
19-2-2003	SAP Madrid, Secc. 3ª	Delito de apropiación indebida	Trastorno de angustia y agorafobia	**Plena imputabilidad**
20-2-2003	SAP Madrid, Secc. 3ª	1 delito de homicidio y 1 delito de lesiones	Trastorno distímico y adaptativo	**A. Analógica**
17-5-2003	STS	Delito contra la salud pública	Trastorno de ansiedad y personalidad histriónica sin que ninguno actúe sobre la capacidad de comprender la ilicitud de la acción realizada ni impidan la dirección de su conducta *(1 de los acusados)*	**Plena imputabilidad**
8-1-2004	SAP Almería, Secc. 1ª	Delito de lesiones	Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo	**Ex. Incompleta**
9-1-2004	SAP Málaga, Secc. 8ª	Delito de deslealtad profesional	Trastorno ansioso depresivo muy virulento	**Plena imputabilidad**
13-1-2004	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Lesiones y hurto	Trastorno adaptativo con conducta autolesiva, con afectación de capacidad de entendimiento y de autocontrol	**A. Analógica**
21-1-2004	SAP Asturias, Secc. 2ª	Delito contra la salud publica	Trastorno distímico y ansiedad *(1 de las acusadas)*	**A. Analógica**
13-2-2004	SAP Lugo, Secc. 1ª	Delito continuado de robo con fuerza en las cosas	Trastorno de ansiedad generalizada (1 de las acusadas)	**A. Analógica**
16-2-2004	SAP La Rioja, Secc. 1ª	Falta de maltrato de obra	Trastorno de ansiedad generalizada que conlleva incapacidad para controlar los impulsos	**Plena imputabilidad**
19-3-2004	SAP Málaga, Secc. 2ª	4 delitos continuados de abusos sexuales	Trastorno adaptativo con rasgos ansiosos e histriónicos o histéricos, con afectividad mutable que disminuye sus facultades (delito por omisión de uno de los dos acusados)	**A. Analógica**
25-3-2004	STS	Delito continuado de apropiación indebida	Graves trastornos depresivos y crisis de angustia. Personalidad débil e influenciable	**A. Analógica**

5-4-2004	SAP Asturias, Secc. 2ª	Falta de lesiones	Trastorno ansioso-depresivo	**Plena imputabilidad**
4-5-2004	SAP Madrid, Secc. 17ª	3 delitos de agresión sexual en grado de tentativa inacabada y 2 faltas de lesiones	Trastorno adaptativo con deterioro importante del comportamiento y sintomatología disocial	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro**
4-5-2004	SAP Madrid, Secc. 15ª	Delito de lesiones	Trastorno adaptativo con alteraciones en el comportamiento que limita sus facultades	**A. Analógica**
1-6-2004	SAP Albacete, Secc. 1ª	Delito de lesiones	Ansiedad y depresión	**A. Analógica**
4-9-2004	SAP Baleares, Secc. 2ª	2 delitos de agresión sexual y 2 de amenazas	Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y comportamiento	**Plena imputabilidad**
13-9-2004	SAP Sevilla, Secc. 7ª	Falta de vejaciones	Trastorno de personalidad ansioso social	**Plena imputabilidad** ***La Sala entiende que cabría una atenuante analógica, pero la desestima por imponer la pena mínima***
16-9-2004	SAP Badajoz, Secc. 1ª	Homicidio en grado de tentativa	Trastorno adaptativo mixto con baja tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional, dificultad para controlar los impulsos y tendencia a realizar actos en cortocircuito	**Ex. Incompleta**
20-10-2004	SAP Orense, Secc. 2ª	Delito continuado de amenazas y una falta de maltrato	Trastorno ansioso depresivo	**Plena imputabilidad**
25-10.2004	STS	Delito contra la salud pública	Neurosis de ansiedad leve	**Plena imputabilidad**
29-11-2004	STS	Delito de asesinato, de allanamiento de morada y de detención ilegal	Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo, presentando rasgos de una personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, que no le impedía conocer perfectamente lo que estaba haciendo y las consecuencias de sus acciones, al ser dueño de sus propios actos, con voluntad para hacer o reprimir sus impulsos	**Plena imputabilidad**
21-3-2005	SAP Navarra, Secc. 1ª	1 delito de maltrato habitual, 1 de allanamiento de morada, 1 de quebrantamiento continuado de medida de alejamiento, 1 de abusos sexuales continuados, y 1 falta de amenazas	Trastorno de ansiedad reactivo	**Ex. Incompleta**
29-4-2005	SAP Tarragona, Secc. 2ª	Delito de allanamiento de morada en concurso medial con un delito homicidio en grado de tentativa	Trastorno neurótico son síntomas depresivos e ideas de autolisis	**Plena imputabilidad**

19-5-2006	SAP Madrid, Secc. 6ª	Falta de respeto a los agentes de la autoridad	Neurosis con rasgos depresivos	**A. Analógica**
30-5-2005	SAP Navarra, Secc. 1ª	Falta de injurias y falta de amenazas	Trastorno de pánico y ansiedad paroxística con crisis recurrentes	**Plena imputabilidad**
8-6-2005	SAP Sevilla, Secc. 7ª	Falta de amenazas	Trastorno adaptativo depresivo	**Plena imputabilidad**
7-7-2005	SAP Barcelona, Secc. 5ª	Delito continuado de falsedad en documento mercantil y delito continuado de estafa	Trastorno de la personalidad y ciclotimia con estado ansioso depresivo	**Ex. Incompleta**
15-7-2005	SAP Valencia, Secc. 2ª	Simulación de delito	Trastorno ansioso depresivo reactivo	**Plena imputabilidad**
27-9-2005	SAP Albacete, Secc. 1ª	Delito de resistencia a los agentes de la autoridad	Trastorno de angustia	**A. Analógica**
4-10-2005	SAP Guadalajara, Secc. 1ª	Delito de maltrato en el ámbito familiar, 2 delitos de quebrantamiento de medida cautelar y una falta de amenazas	Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y depresión)	**Plena imputabilidad**
6-10-2005	SAP Madrid, Secc. 1ª	Delito de estafa	Trastorno ansioso-depresivo	**Ex. Incompleta**
13-3-2006	STS	Delito de falsedad y estafa	Trastorno mixto de ansiedad y depresión reactiva. *Nada se acredita sobre la posible alteración de las facultades síquicas del acusado al tiempo de la comisión de tales hechos*	**Plena imputabilidad**
18-4-2006	SAP Sevilla, Secc. 4ª	Delito de amenazas	Trastorno desadaptativo y síndrome depresivo secundario	**Plena imputabilidad**
28-4-2006	SAP Santa Cruz de Tenerife	Delito de lesiones	Trastorno adaptativo que disminuyó la capacidad de control de los impulsos	**Ex. Incompleta**
15-6-2006	SAP Valencia, Secc. 1ª	Delito de amenazas en el ámbito familiar	Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo	**A. Analógica**
29-6-2006	SAP Jaén, Secc. 1ª	Delito de incendio	Cuadro ansioso depresivo	**Ex. Incompleta**
26-7-2006	SAP Girona, Secc. 4ª	Delito contra la salud pública	Trastorno depresivo ansioso y trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	**A. Analógica**
27-6-2006	SAP Barcelona, Secc. 7ª	Delito de violación de secretos y de cohecho	Cuadro ansioso depresivo	**Plena imputabilidad**
13-9-2006	SAP Murcia, Secc. 1ª	Delito de maltrato familiar	Trastorno adaptativo mixto con sintomatología de estirpe afectiva	**Ex. Incompleta. TMT. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
30-11-2006	STSJ Cataluña, Secc. 1ª	2 delitos de asesinato con alevosía	Trastorno adaptativo mixto (síntomas de ansiedad y depresión) que no anulaba ni limitaba su capacidad inte-	**Plena imputabilidad**

			lectiva o consciencia de entender la licitud de sus actos, ni tampoco la capacidad volitiva o intencional de llevarlos a cabo	
2-2-2007	STS	Delito de lesiones	Trastorno ansioso-depresivo	**Ex. Incompleta**
14-3-2007	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Homicidio intentado	Trastorno de ansiedad	**Plena imputabilidad**
21-3-2007	SAP Guipúzcoa, Secc. 1ª	Asesinato	Trastorno de ansiedad leve	**Plena imputabilidad**
29-3-2007	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Delito intentado de asesinato	Trastorno de adaptación y sintomatología ansioso-depresiva	**A. Analógica**
23-7-2007	SAP Madrid, Secc. 27ª	Delito de violencia doméstica	Trastorno ansioso depresivo prolongado en el tiempo	**Plena imputabilidad**
26-7-2007	SAP Barcelona, Secc. 2ª	Delito contra la salud pública	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión reactivo a sus situación personal con impulsividad e inmadurez *(1 de los acusados)*	**Plena imputabilidad**
5-10-2007	SAP Santa Cruz de Tenerife, Secc. 5ª	Delito continuado de coacciones	Trastorno adaptativo, cuadro de ansiedad	**Plena imputabilidad**
15-10-2007	SAP Castellón, Secc. 2ª	Delito de violencia de género	Trastorno ansioso-depresivo	**A. Analógica**
13-11-2007	SAP Santa Cruz de Tenerife, Secc. 2ª	Delito doloso de lesiones	Trastorno adaptativo. *No queda acreditado*;	**Plena imputabilidad**
3-12-2007	SAP Vizcaya, Secc. 2ª	Delito de insolvencia punible	Trastorno ansioso-depresivo, agorafobia y episodios de angustia	**Atenuante analógica**
30-4-2008	SAP Madrid, Secc. 27ª	Delito continuado de amenazas	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	**Plena imputabilidad**
29-5-2008	SAP Asturias, Secc. 8ª	Homicidio en grado de tentativa	Trastorno de angustia con agorafobia	**Ex. Incompleta**
12-6-2008	SAP Ourense, Secc. 2ª	Delito de abandono de familia	Trastorno de ansiedad, pero que nada tiene que ver con los hechos	**Plena imputabilidad**
18-9-2008	SAP La Coruña, Secc. 1ª	Delito de daños	Trastorno de ansiedad generalizada, con trasfondo de personalidad histriónica, de carácter crónico y con sintomatología persistente	**Ex. Incompleta**
9-11-2008	SAP Madrid, Secc. 1ª (con Jurado)	Delito de allanamiento de morada	Trastorno depresivo con ansiedad y rasgos obsesivos. El día de los hechos, consumió alcohol y psicofármacos.	**Ex. Completa. TMT.**
10-11-2008	SAP Madrid, Secc. 16ª	Delito contra la salud pública	Cuadro ansioso-depresivo de muchos años de evolución y trastorno distímico, trastorno somatoforme indiferenciado y trastorno histriónico de la personalidad	**Plena imputabilidad**
7-1-2009	SAP Barcelona, Secc. 8ª	Delito contra la seguridad vial	Síndrome ansioso sin acreditar	**Plena imputabilidad**

22-1-2009	SAP Ávila, Secc. 1ª	Delito de maltrato en el ámbito familiar	Trastorno adaptativo con alteraciones de las emociones y del comportamiento	**Ex. Incompleta**
17-2-2009	SAP Cáceres, Secc. 2ª	Delito de quebrantamiento de condena	Trastorno ansioso depresivo con conductas impulsivas e irreflexivas	**Ex. Incompleta. Tratamiento ambulatorio**
23-2-2009	SAP Valladolid, Secc. 4ª	Delito de quebrantamiento de condena	Trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo grave que afecta al control de sus impulsos	**Ex. Incompleta**
25-2-2009	SAP Madrid, Secc. 27ª	Delito de maltrato en el ámbito familiar	Trastorno adaptativo de ansiedad	**Plena imputabilidad**
3-3-2009	SAP Málaga, Secc. 1ª	Delito de malos tratos	Trastorno mixto reactivo de ansiedad con agresividad, depresión, fobia social y agorafobia	**A. Analógica**
13-3-2009	SAP Santa Cruz de Tenerife, Secc. 5ª	Delito continuado de amenazas, uno de coacciones y una falta de vejaciones	Trastorno ansioso depresivo con dos intentos de autolisis	**Ex. Incompleta**
17-4-2009	SAP La Rioja, Secc. 1ª	Homicidio en grado de tentativa	Situación de estrés y conflicto laboral, que fue aumentando paulatinamente, hasta que comenzó a comportarse de modo extravagante, diciendo y haciendo cosas que posteriormente no recordaba	**Ex. Completa. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio con posibilidad de internamiento si la evolución de la enfermedad lo requiere**
06-05-2009	STS	Delito de incendio y falta de daños y lesiones.	Depresión crónica	**Plena imputabilidad**
5-6-2009	SAP Guipúzcoa, Secc. 1ª	Delitos de quebrantamiento de medida cautelar y atentado	Trastorno ansioso-depresivo	**A. Analógica**
5-6-2009	SAP Girona, Secc. 3ª	Delito de desobediencia a la autoridad	Síndrome depresivo reactivo, de larga evolución, recibiendo tratamiento de antidepresivos y relajantes musculares, presentando ocasionales ataques de ansiedad	**Plena imputabilidad**
11-6-2009	SAP Vizcaya, Secc. 6ª	2 delitos de lesiones en concurso con 1 falta de lesiones	Trastorno adaptativo ansioso-depresivo sin relación de causalidad con los hechos	**Plena imputabilidad**
8-7-2009	SAP Barcelona (con Jurado)	Delito de homicidio (su hija menor)	Trastorno ansioso-depresivo con comportamiento disociativo, que limitó de forma leve sus facultades	**A. Analógica**
31-7-2009	SAP Zaragoza, Secc. 6ª	1 delito de daños, 1 falta de lesiones y 2 faltas de amenazas	Trastorno adaptativo intenso derivado de sus crisis de pareja, con posible aparición de reacciones vivenciales muy intensas que disminuyen su capacidad de inhibir y controlar sus impulsos	**Ex. Incompleta**
1-9-2009	SAP Zamora, Secc. 1ª	Delito de amenazas	Trastorno mixto de la personalidad con rasgos de inestabilidad emocional e his-	**Plena imputabilidad**

			triónicos lo que afecta ligeramente a su capacidad de entender y querer	
30-9-2009	SAP Asturias, Secc. 2ª	2 delitos de lesiones y 2 faltas de lesiones	Trastorno de ansiedad con crisis de angustia frecuentes (reconocido grado de minusvalía psíquica del 35%) sin que afecte gravemente a su capacidad intelectiva o volitiva	**Plena imputabilidad**
12-11-2009	SAP Málaga, Secc. 1ª	Falta de amenazas	Trastorno ansioso depresivo	**Ex. Incompleta**
8-2-2010	SAP Guipúzcoa, Secc. 1ª	Delito de conducción temeraria	Trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada y alteraciones disociales. *No se acredita la causalidad*	**Plena imputabilidad**
11-2-2010	SAP Ciudad Real, Secc. 2ª	Delito de agresión sexual	Trastorno adaptativo de tipo depresivo que afecta a las facultades volitivas	**A. Analógica**
1-3-2010	SAP Valencia, Secc. 1ª	1 asesinato en grado de tentativa, 1 homicidio en grado de tentativa, 1 delito de quebrantamiento de medida cautelar y 1 falta de lesiones	Trastorno adaptativo por la situación familiar	**Plena imputabilidad**
11-3-2010	SAP Madrid, Secc. 1ª	Delito contra la seguridad vial	Trastorno adaptativo de la personalidad	**Plena imputabilidad**
18-6-2010	SAP Cádiz, Secc. 8ª	Delito de quebrantamiento de condena	Trastorno ansioso- depresivo, pero sin desordenes conductuales, sin alteración de las bases psicológicas que le permitan comprender y dirigir su conducta en relación con la capacidad cognoscitiva, no existiendo motivación patológica en la conducta llevada a cabo por la acusada	**Plena imputabilidad**
23-07-2010	STSJ Madrid (Sala de lo civil y penal)	Asesinato	Trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo). Personalidad depresiva-ansiosa con ataques compulsivos que producía una evidente merma de sus facultades cognitivas y/o volitivas. No se acreditó en el momento de ejecución de los hechos	**Plena imputabilidad**
20-10-2010	SAP Valencia	Delito de resistencia	Trastorno adaptativo que ha generado grave alteración en el momento de los hechos de su capacidad de conocer y de obrar con conocimiento	**Ex. Incompleta**
28-10-2010	SAP Madrid, Secc. 23ª	Delito contra la salud pública	Trastorno ansioso-depresivo por situación de estrés, que no afectaba a su percepción de la realidad y el conoci-	**Plena imputabilidad**

			miento y la voluntad no estaban afectados	
24-11-2010	SAP Madrid, Secc. 6ª	Delito continuado de hurto	Trastorno ansioso-depresivo por situaciones laborales estresantes, anulando sus facultades volitivas	**A. Analógica**
25-11-2010	SAP Valencia	Falta de lesiones y un delito continuado de quebrantamiento de medida cautelar	Depresión con trastorno adaptativo y sentimiento de incapacidad, irritabilidad y agresividad con sintomatología compatible con intentos de autolisis que reducen sus capacidades volitivas sin anularlas	**A. Analógica**
29-11-2010	SAP Baleares, Secc. 1ª	Asesinato en grado de tentativa	Trastorno adaptativo con un componente de ansiedad de aparición temprana y consumo de estupefacientes	**A. Analógica**
2-2-2011	STS	Asesinato en grado de tentativa	Depresiones y alteraciones mentales con antecedentes de sintomatología ansioso-depresiva	**Ex. Completa. Internamiento en centro especial**
18-2-2011	SAP Barcelona, Secc. 8ª	Delito de atentado y falta de lesiones	Trastorno adaptativo ansioso depresivo	**Ex. Incompleta**
28-2-2011	SAP Guipúzcoa, Secc. 2ª	Falta de injurias	1 acusada: trastorno depresivo ansioso reactivo y la otra acusada: trastorno adaptativo con ansiedad y estado de ánimo depresivo, así como retraso mental limite. En ambos casos no suprime ni afecta a las facultades	**Plena imputabilidad**
1-3-2011	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Homicidio en grado de tentativa	Trastorno ansioso depresivo importante de larga evolución	**Ex. Incompleta. Tratamiento ambulatorio**
4-3-2011	SAP Valencia, Secc. 1ª	Delito de amenazas leve y quebrantamiento de medida cautelar	Trastorno de ansiedad que en situaciones de crisis presenta episodios de agresividad	**Ex. Incompleta**
23-3-2011	SAP Murcia	1 delito de allanamiento de morada, 1 de amenazas, y 1 falta de lesiones	Trastorno de adaptación (reacción mixta de ansiedad y depresión) y del control de los impulsos *(1 de los acusados)*	**A. Analógica. Tratamiento ambulatorio**
26-4-2011	SAP Barcelona, Secc. 2ª	Homicidio en grado de tentativa	Trastorno depresivo de varios años de evolución, con rasgos de dependencia emocional, impulsividad, baja autoestima y ansiedad. Reacción de estrés agudo	**Ex. Incompleta. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
15-7-2011	SAP Santa Cruz de Tenerife, Secc. 2ª	Delito de incendio, amenazas, resistencia a la autoridad y falta de lesiones	Trastorno adaptativo secundario y cuadro ansioso depresivo descompensado	**Plena imputabilidad**
3-10-2011	SAP Extremadura, Secc. 1ª (con Jurado)	Homicidio	Trastorno ansioso depresivo	**Ex. Incompleta**
19-10-2011	SAP Jaén, Secc. 2ª	1 delito de daños y 1 falta de respeto a la autoridad	Trastorno ansioso depresivo de larga evolución	**Ex. Incompleta**

28-11-2011	STS	Delito de atentado, una falta de lesiones y otra de injurias	Trastorno adaptativo *(reacción posterior al incidente. Se trata de un factor ex post facto que carece de relevancia a los efectos de la imputabilidad)*	**Plena imputabilidad**
19-12-2011	STS	Delito de corrupción de menores relativo a la distribución de pornografía infantil	Trastorno depresivo, de ansiedad y adaptativo mixto ansioso con ideación automática que limitaba su capacidad de culpabilidad	**A. Analógica**
30-1-2012	SAP Madrid, Secc. 17ª	Delito de malos tratos en el ámbito familiar	Trastorno de angustia y episodio depresivo, además trastorno histriónico de la personalidad	**Ex. Incompleta. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
15-3-2012	SAP Sevilla (con Jurado)	Asesinato, allanamiento de morada y hurto	Nivel muy elevado de angustia con limitación de capacidad de autocontrol	**A. Analógica**
12-04-2012	ATS	Delito de incendio, amenazas, resistencia a los agentes de la autoridad y falta de lesiones	Rasgos neuróticos acreditados y depresión, con capacidades mermadas	**Plena imputabilidad**
26-4-2012	SAP Álava, Secc. 2ª	Delito de quebrantamiento de condena	Trastorno ansioso-depresivo	**A. Analógica**
26-4-2012	SAP Madrid, Secc. 27ª	1 delito de violencia de género habitual y otro de amenazas	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo lo que merma levemente sus capacidades intelectivas y volitivas	**A. Analógica**
9-5-2012	SAP Madrid	Asesinato	Trastorno mental por estrés agudo	**A. Analógica**
11-05-2012	STS	Asesinato	Trastorno adaptativo con estado depresivo prolongado e ideas sobrevaloradas de perjuicio	**Plena imputabilidad**
29-05-2012	SAP Asturias	Delito de falsedad en documento oficial y de una falta de hurto	Ansiedad, depresión reactiva o síndrome ansioso-depresivo	**Plena imputabilidad**
27-6-2012	SAP Burgos, Secc. 1ª	Delito de descubrimiento y revelación de datos personales referido a menores	Trastorno adaptativo mixto de personalidad, con ansiedad y estado de ánimo depresivo sin influir en sus capacidades	**Plena imputabilidad**
12-7-2012	SAP Madrid, Secc. 30ª	Homicidio en grado de tentativa y 1 delito de lesiones	Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo que genera carácter con irritabilidad, impulsividad y dificultad de autocontrol	**Ex. Incompleta**
23-7-2012	SAP Barcelona, Secc. 8ª	Asesinato en grado de tentativa	Trastorno adaptativo. El acusado tenía preservado el conocimiento de la ilicitud de los hechos, sin presentar alteración cognitiva alguna, configurándose su conducta como un acto enteramente voluntario, pero a juicio de los peritos pobremente motivado y con un componente histriónico	**Plena imputabilidad**
06-11-2012	SAP Badajoz	Delito de corrupción de menores relativo a la prostitución	Proceso depresivo con ansiedad	**Plena imputabilidad**

21-12-2012	SAP Madrid, Secc. 16ª	Homicidio intentado	Trastorno ansioso depresivo	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro adecuado**
21-1-2013	SAP Madrid, Secc. 29ª	Delito contra la salud pública	Trastorno adaptativo ansioso depresivo con alteraciones del sueño, ideas autolíticas y varios intentos de suicidio	**Plena imputabilidad**
26-2-2013	SAP Madrid, Secc. 30ª	Delito de lesiones	Trastorno ansioso depresivo	**Plena imputabilidad**
26-3-2013	SAP León, Secc. 3ª	Delito de cooperación-ejecución al suicidio	Neurosis depresiva	**Ex. Incompleta**
4-4-2013	SAP Madrid, Secc. 26ª	Delito de malos tratos físicos en el ámbito familiar y en el domicilio común	Depresión reactiva o síndrome ansioso-depresivo	**A. Analógica**
19-7-2013	SAP Barcelona, Secc. 6ª	Corrupción de menores y abusos sexuales	Trastorno de agorafobia y trastorno de la personalidad que afecta a su inteligencia emocional y habilidades sociales para relacionarse normalmente con personas de su edad	**A. Analógica**
24-10-2013	SAP Madrid, Secc. 16ª	Falta de daños	Trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión	**Plena imputabilidad**
31-10-2013	SAP Zaragoza, Secc. 1ª	Asesinato intentado	Trastorno de ansiedad, agravado por un proceso celotípico que afecta a sus frenos de control de impulsos	**A. Analógica**
10-12-2013	SAP Cádiz, Secc. 3ª	Delito de malos tratos	trastorno adaptativo ansioso depresivo	**Plena imputabilidad**
23-12-2013	STS	Dos delitos de asesinato	Depresión grave con capacidad volitiva muy afectada	**Ex. Incompleta**
28-1-2014	SAP Toledo, Secc. 2ª	Delito de quebrantamiento de condena	Trastornos depresivos y en ocasiones, trastornos de ansiedad	**Plena imputabilidad**
29-01-2014	STS	Delito continuado de falsedad documental como medio para cometer un delito continuado de estafa	Síndrome depresivo	**Plena imputabilidad**
29-1-2014	STS	Delito de falsificación de moneda, en concurso real con una falta continuada de estafa	Trastorno ansioso-depresivo con crisis de ansiedad *(1 de las acusadas)*	**Plena imputabilidad**
14-3-2014	SAP Guipúzcoa, Secc. 1ª	Delito de desobediencia grave	Trastorno adaptativo con síntomas depresivos	**A. Analógica**
7-7-2014	SAP Madrid, Secc. 27ª	Delito continuado de amenazas leves en el ámbito familiar	Trastorno de adaptación con alteración mixta de la emoción y trastornos depresivos que mantienen íntegras sus capacidades intelectivas y volitivas	**Plena imputabilidad**
9-9-2014	SAP Barcelona, Secc. 20ª	Delito de amenazas en el ámbito familiar	Trastorno adaptativo con predominio de alteraciones de otras emociones y trastorno de inestabilidad emocional	**Ex. Incompleta. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
24-9-2014	STS	Asesinato con alevosía y ensañamiento	Síndrome ansioso-depresivo	**Plena imputabilidad**

26-9-2014	SAP Zaragoza, Secc. 1ª	Asesinato en grado de tentativa (2 víctimas)	Trastorno de personalidad, trastorno del estado de ánimo y trastorno de ansiedad que agravaron un proceso celotípico	**Ex. Incompleta. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
31-3-2016	STS	Asesinato con alevosía	Personalidad dependiente, compulsiva y autodestructiva, con rasgos ansiosos, histeriformes y de neurosis depresiva	**Plena imputabilidad**
15-6-2016	SAP A Coruña, Secc. 1ª	Delito de allanamiento de morada en concurso medial con delito de homicidio en grado de tentativa	Trastorno adaptativo mixto ansioso/depresivo	**A. Analógica**
4-7-2016	SAP Barcelona, Secc. 5ª	Delito de resistencia/desobediencia grave	Reacción aguda al estrés	**A. Analógica**
28-7-2016	SAP Toledo, Secc. 2ª	2 delitos de amenazas leves	Reacción aguda al estrés	**Plena imputabilidad (se aprecia atenuante de obcecación)**
26-9-2016	SAP Asturias	Delito de cohecho	Elevada impulsividad e inestabilidad emocional, oposicionismo imprevisible, escasa tolerancia a la ansiedad y a las contrariedades, distanciamiento emocional, incapacidad para enfrentarse a las exigencias y demandas adultas, hipersensibilidad al rechazo	**Ex. Incompleta**
27-9-2016	SAP Valladolid, Secc. 4ª	Delito de descubrimiento y revelación de secretos	Trastorno adaptativo mixto ansioso/depresivo	**A. Analógica**
29-9-2016	SAP Santa Cruz de Tenerife, Secc. 2ª	Delito de homicidio en grado de tentativa	Trastorno ansioso depresivo que se estaba tratando psiquiátricamente con medicación, lo que disminuía sus facultades intelectivas y volitivas	**Ex. Incompleta. Prohibición de acercamiento y comunicación con la víctima**
30-9-2016	SAP Madrid	Delito de hurto	Trastorno ansioso-depresivo	**Ex. Incompleta**

Tabla 10. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO / FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	RESPONSAB. CRIMINAL
3-4-1945	STS	Parricidio	Caso extremo de obsesiones e impulsos irresistibles	**Plena imputabilidad**
6-6-1981	STS	Delito de escándalo público	Personalidad neurótico-obsesivo-fóbica. Grave déficit de voluntad	**Ex. Incompleta**
26-6-1981	STS	Asesinato	TOC	**Plena imputabilidad**
12-6-1982	STS	Delito de abusos deshonestos	Neurosis obsesiva de tipo sexual	**Ex. Incompleta**
19-12-1983	STS	Delito de lesiones graves	Neurosis obsesivo-compulsiva	**Ex. Incompleta**
24-5-1989	STS	Delito de desacato	TOC	**Ex. Incompleta**
30-9-1992	STS	Delito de violación y falta de lesiones	TOC y ciertos rasgos fóbicos	**Plena imputabilidad**
4-7-1994	STS	2 delitos de violación consumados	Personalidad neurótica obsesiva	**Plena imputabilidad**
14-1-1998	SAP Córdoba	Delito de atentado a agentes de la autoridad, cuatro faltas de lesiones y una falta de daños	TOC con frecuentes crisis depresivas	**A. Analógica**
18-2-1999	SAP La Coruña, Secc.1ª	Delito de lesiones	TOC y depresión mayor	**A. Analógica**
19-5-1999	SAP Santa Cruz de Tenerife	Delito de lesiones	TOC (el sujeto es sordomudo)	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro**
4-2-2000	STS	Delito de lesiones	TOC sobre la base de una personalidad obsesivo-anancástica y depresión mayor	**A. Analógica**
13-10-2001	STS	Agresión sexual y falta de lesiones	Síndrome obsesivo permanente y grave	**Ex. Completa. Internamiento en Centro**
31-10-2001	STS	Delito de abuso sexual	Personalidad con problemas episódicos y relativamente aislados, neurosis obsesiva permanente y grave	**Ex. Completa**
27-3-2002	SAP A Coruña, Secc. 6ª	Delito de lesiones	Neurosis obsesiva compulsiva con presencia de un trastorno paranoide de la personalidad, unido a ingesta de alcohol ese día	**Ex. Incompleta. Medida de seguridad se adoptará en ejecución de sentencia**
24-5-2002	SAP Islas Baleares	Delito de abandono de familia	TOC	**Plena imputabilidad**
13-9-2002	STS	Asesinato en grado de tentativa	La neurosis obsesivo-compulsiva grave que padece el procesado le provoca que su voluntad esté permanentemente alterada y en ciertos momentos anulada junto con el entendimiento	**Ex. Completa. Internamiento en Centro psiquiátrico**

27-10-2003	SAP Valladolid, Secc. 2ª	Delito de lesiones	Neurosis obsesiva grave	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro Psiquiátrico**
27-10-2003	SAP Toledo, Secc. 1ª	Delito de violación continuado	Obsesión y alta impulsividad sin anular gravemente capacidades	**Ex. Incompleta**
6-8-2004	SAP Sevilla, Secc. 7ª	Delitos de lesiones y malos tratos habituales en el ámbito familiar.	TOC. Seriamente mermada su capacidad para inhibir determinadas conductas	**Ex. Incompleta**
17-9-2004	STS	Delito continuado de violación	Falta de control de sus impulsos por la propia compulsión obsesión que le caracteriza. Alta impulsividad sin anular gravemente capacidades	**Ex. Incompleta**
26-11-2004	SAP Madrid, Secc. 23ª	Delito de daños	TOC y retraso mental ligero	**Ex. Incompleta**
30-11-2005	SAP Valencia, Secc.	Robo con violencia en grado de tentativa	TOC	**A. Analógica**
21-7-2006	SAP Ciudad Real, Secc. 2ª	Delito de lesiones en el ámbito familiar	TOC que disminuye seriamente sus facultades intelectivas y volitivas	**Ex. Incompleta**
26-7-2006	SAP Las Palmas	Delito continuado de quebrantamiento de condena y una falta de amenazas	Neurosis obsesiva. TOC grave	**Ex. Incompleta**
30-3-2007	SAP Madrid	Falta de lesiones	Sintomatología obsesiva y síndrome celotípico	**Plena imputabilidad**
14-9-2007	SAP Asturias, Secc. 3ª	1 delito de agresión sexual y 1 delito de maltrato en el ámbito familiar	TOC grave que causa distorsión en el normal desarrollo psicosexual	**Ex. Incompleta. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
7-11-2007	SAP Zamora, Secc. 1ª	1 delito de atentado y 2 faltas de lesiones	TOC crónico con mezcla de pensamientos y actos obsesivos	**A. Analógica**
14-12-2007	STSJ C. Valenciana, Secc. 1ª	Homicidio doloso	TOC que convierte transitoriamente al acusado en un enfermo mental muy agresivo que pierde el sentido de la realidad	**A. Analógica**
9-12-2008	STSJ Andalucía (Granada), Secc. 1ª	Delito de homicidio doloso	TOC que disminuía sus facultades mentales para darse cuenta de las consecuencias de sus actos y para controlar sus impulsos	**Ex. Incompleta**
13-1-2009	SAP Zamora, Secc. 1ª	Delito de obstrucción a la justicia en concurso real con un delito de atentado y una falta de lesiones y de una falta contra el orden público	TOC crónico con mezcla de pensamientos y actos obsesivos que limitan ampliamente su capacidad para discernir y actuar conforme a derecho	**Ex. Incompleta**
6-11-2009	SAP Barcelona, Secc. 5ª	Delito de posesión de material pornográfico infantil	Trastorno compulsivo adictivo sin resultar gravemente afectada la conciencia ni la voluntad	**A. Analógica**
5-7-2010	SAP Castellón	Delito de amenazas leves	TOC	**Plena imputabilidad**
7-10-2010	ATS	Delito contra la salud pública	TOC	**Plena imputabilidad**
19-11-2010	SAP Baleares, Secc. 2ª	Delito de maltrato de animales	TOC y rasgos límites de personalidad que disminuía notablemente sus facultades intelectivas y volitivas	**Ex. Incompleta**

18-1-2011, 19-1-2011, 21-1-2011	SAP Cádiz, Secc. 4ª	Agresión sexual	TOC grave desde hace mucho años	**Ex. Completa. Internamiento en Centro psiquiátrico. Orden de alejamiento y prohibición de comunicación**
2-2-2011	SAP Granada, Secc. 1ª	Delito contra la intimidad	TOC que afectaba a sus facultades volitivas	**Ex. Incompleta**
12-12-2011	SAP Madrid, Secc. 16ª	Homicidio en grado de tentativa	TOC que produjo reacción en cortocircuito afectando a la capacidad volitiva	**Ex. Incompleta**
24-2-2012	SAP Madrid, Secc. 17ª	Robo con intimidación y agresión sexual	TOC con numerosas manías exteriorizadas en un sinfín de ritos	**A. Analógica**
20-6-2012	SAP Vizcaya, Secc. 6ª	6 delitos continuados de abusos sexuales	TOC con rasgos de ansiedad elevados. *Se considera un caso de ALIC*	**Plena imputabilidad**
15-4-2013	SAP Madrid sec. 7ª	Delito de pornografía infantil	Neurótico obsesivo dependiente de sus compulsiones	**A. Analógica. TMT**
17-4-2013	SAP Madrid, Secc. 17ª	Delito contra la salud pública	TOC	**Plena imputabilidad**
26-2-2014	SAP Madrid, sec. 30ª	Delito de robo con violencia	Trastorno mixto de personalidad con rasgos límites y TOC, condicionando de forma moderada-grave su voluntad para actuar, no estando alterada su capacidad cognitiva	**Ex. Incompleta**
9-12-2015	SAP Lleida, Secc. 1ª	Delito continuado de agresión sexual a una menor	TOC y trastorno depresivo	**A. Analógica**
22-2-2016	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Delito continuado de abusos sexuales	Trastorno obsesivo depresivo que afectaba, sin anularlas, a sus facultades intelectivas y volitivas	**A. Analógica**
4-4-2016	SAP Madrid, Secc. 15ª	Delito de homicidio en grado de tentativa	TOC con rasgos paranoides que disminuía de manera notable sus capacidades de entendimiento y voluntad	**Ex. Incompleta. Prohibición de aproximación a la víctima e internamiento en Centro**
27-5-2016	SAP Madrid, Secc. 23ª	Delito de homicidio en grado de tentativa, delito de lesiones con instrumento peligroso y 2 delitos de proposición de asesinato	Auténtica y desmedida obsesión y trastorno erotomaníaco	**Ex. Completa. Internamiento en Centro Psiquiátrico**
14-7-2016	STS	Delito intentado de asesinato	TOC de larga evolución	**A. Analógica**
12-9-2016	SAP Madrid, Secc. 16ª	Delito de malos tratos	TOC	**Plena imputabilidad**

Tabla 11. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	RESPONSAB. CRIMINAL
24-12-1990	STS	Asesinato	Trastorno disociativo (fuga psicógena), que se acompaña de amnesias y de explosiones de violencia, por lo que tiene muy mermada su imputabilidad	**Ex. Incompleta**
15-6-1998	SAP Asturias, Secc. 3ª	Delito de robo y homicidio	Trastorno disociativo desde la infancia	**Plena imputabilidad**
9-10-2000	STS	Asesinato	Fuga y amnesia disociativa y trastorno histriónico de la personalidad. Ligeramente mermadas sus facultades intelectivas y volitivas	**A. Analógica**
5-7-2002	SAP Zaragoza, Secc. 1ª	Delito intentado de asesinato	Trastorno disociativo transitorio y repentino	**Ex. Incompleta**
8-10-2004	SAP León, Secc. 3ª	Falta de lesiones	Trastorno disociativo.	**Plena imputabilidad.** ***La Sala entiende que cabría atenuante analógica, pero al imponer la pena en su grado mínimo, la desestima***
25-1-2005	STS	6 delitos de agresión sexual y 1 falta de lesiones	Trastorno disociativo de la personalidad. El acusado tiene un nivel de conocimiento suficiente, lo reducido es la libertad si domina una personalidad sobre la otra, pero su conciencia era normal	**Plena imputabilidad**
21-4-2005	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Delito de hurto	Trastorno disociativo que anula por completo sus facultades de entender y querer	**Ex. Completa**
2-7-2007	SAP Madrid, Secc. 17ª	Homicidio, allanamiento de morada, robo con violencia, detención ilegal, delito de lesiones y falta de lesiones (varias víctimas)	Trastorno disociativo con crisis recurrentes	**Plena imputabilidad**
10-10-2007	SAP Navarra, Secc. 1ª	Delito continuado de falsedad en documento mercantil en concurso ideal con un delito de estafa	Trastorno disociativo, con histeria y narcisismo	**Ex. Incompleta**
14-1-2008	STS (Sala de lo Militar)	Delito de abandono de destino y residencia	Trastorno disociativo con brote psicótico	**Ex. Completa**
27-3-2008	SAP Madrid, sec. 27ª	Delito de homicidio en grado de tentativa	Neurosis (trastorno disociativo) y trastorno psicótico	**Ex. Incompleta**
22-12-2008	STS	Delito de homicidio en grado de tentativa	Trastorno mixto de personalidad, trastorno disociativo no especificado y posible tras-	**Ex. Incompleta**

			torno psicótico no especificado.	
23-11-2009	SAP Salamanca	Homicidio	Trastorno disociativo crónico que anuló completamente sus facultades mentales	**Ex. Completa. Internamiento en Centro psiquiátrico penitenciario**
19-10-2010	SAP Alicante, Secc. 2ª	Delito de maltrato en el ámbito familiar	Trastorno disociativo grave	**Ex. Completa. Internamiento en Centro psiquiátrico penitenciario**
15-3-2011	SAP La Coruña, Secc. 1ª	1 delito intentado de asesinato, 2 consumados de atentado y 2 faltas de maltrato	Trastorno disociativo	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro psiquiátrico**
6-7-2011	SAP Barcelona	Delito de asesinato en grado de tentativa y de una falta de amenazas	Trastorno disociativo	**Eximente incompleta del art. 21.3 CP**
2-11-2011	STS	1 delito de tentativa de asesinato y 1 delito de atentado	Trastorno de identidad disociativo. Restricción extrema de la función cognitiva	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro**
22-2-2012	STS	Delito de agresión sexual	Trastorno disociativo inespecífico y consumo abusivo de alcohol	**Plena imputabilidad**
16-11-2012	SAP Madrid, Secc. 6ª	Delito de asociación ilícita, robo con violencia e intimidación y uso de armas, y delito de lesiones	Trastorno disociativo y alteración de la conciencia con múltiples tipos de síntomas (amnesia selectiva)	**Plena imputabilidad**
18-3-2014	SAP Barcelona, Secc. 20ª	Delito de quebrantamiento de medida cautelar	Trastorno disociativo	**Plena imputabilidad**
13-6-2016	SAP Granada, Secc. 2ª	Delito de desórdenes públicos	Síndrome disociativo que le impedía saber y conocer el alcance de sus actos	**Ex. Completa. Internamiento en Centro Penitenciario y/o la libertad vigilada de la misma con la obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico**

Tabla 12. NEUROSIS SIN ESPECIFICAR

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	RESPONSAB. CRIMINAL
10-3-1947	STS	Parricidio	Muy limitada inteligencia, escasa instrucción y débil voluntad, obsesión fuerte con la infidelidad de su esposa	**Ex. Incompleta**
13-10-1971	STS	Delito de abusos deshonestos	Síndrome neurótico	**Ex. Incompleta**
15-10-1974	STS	13 delitos de robo, 1 de hurto y 1 falta de hurto	Neurosis	**Ex. Incompleta**
21-2-1978	STS	Varios delitos de robo con fuerza en las cosas y hurto	Neurosis de fuerte raíz temperamental, por ciertas frustraciones. No influyó en su inteligencia y voluntad	**Plena imputabilidad**
18-10-1979	STS	Delito de escándalo público	Trastornos neuróticos que no afectan a la imputabilidad	**Plena imputabilidad**
2-6-1980	STS	Abusos deshonestos	Neurosis y toxicomanía	**Ex. Incompleta. TMT**
16-10-1985	STS	Delito de violación	Neurosis	**Plena imputabilidad**
24-5-1989	STS	Delito de desacato	Neurosis explosiva	**Ex. Incompleta**
5-12-1989	STS	Delito continuado de robo con fuerza en las cosas	Trastornos mentales nerviosos que le afectan. Se muestran en inestabilidad emocional, sin anular o debilitar de forma notable la voluntad	**A. Analógica**
14-6-1992	STS	Delito de robo con lesiones graves e incendio	Personalidad de rasgos neuróticos	**Plena imputabilidad**
14-7-1992	STS	Delito de incendio y robo con lesiones graves	Personalidad con rasgos neuróticos	**Plena imputabilidad**
26-10-1992	STS	Delito de detención ilegal	Neurosis pasional	**Ex. Incompleta. TMT**
7-11-1993	STS	Delito de malversación de caudales públicos y delito de receptación	Neurosis de carácter o neurosis caracterial y disfunción sexual	**Plena imputabilidad**
3-12-1993	STS	5 delitos de violación	Neurosis grave rayana en la psicosis. Actuaba de forma consciente y orientada, con capacidad para discernir sobre el alcance y trascendencia de sus actos, si bien con alteración de sus facultades volitivas, que no consta estuvieran notablemente disminuidas	**A. Analógica**
15-10-1994	STS	Delito de robo con violencia e intimidación en las personas en grado de frustración	Personalidad con rasgos neuróticos, teniendo un carácter introvertido y presentando problemas de adaptación social, siendo proclive psicológicamente a responder impulsivamente en situaciones de alta carga emocional	**A. Analógica**

24-5-1996	STS	Delito de violación	Alteración neurótica de la personalidad; pautas de conducta muy rígidas, que le llevan a un perfeccionismo patológico en todos los actos de su desarrollo vital	**A. Analógica**
20-11-1997	TSJ de Andalucía (sede Granada) Sala de lo Penal,	Delito de homicidio	Neurosis que provocaba tener disminuida de forma importante la capacidad de controlar sus impulsos.	**Ex. Incompleta. TMT.**
10-6-1999	STS	1 delito de rapto en concurso con 1 de violación y 1 violación en grado de tentativa	Neurosis o trastorno mixto de la personalidad, con desviación sexual y consumo excesivo de alcohol y drogas	**A. Analógica**
27-4-2000	SAP Málaga, Secc. 7ª	Delito contra la salud pública	Trastorno disocial con muy alto grado de neuroticismo	**Ex. Incompleta**
8-6-2000	SAP Girona, Secc. 3ª	5 delitos de agresión sexual, 1 delito de malos tratos y falta de lesiones	Neurosis que bordea una psicopatía	**Ex. Incompleta**
17-10-2001	SAP Barcelona, Secc. 2ª	Delito continuado de estafa y falsedad en documento mercantil	Acusados rasgos de neuroticismo en grave situación personal de crisis emocional	**A. Analógica**
30-4-2001	SAP Barcelona (Secc. 5ª)	Delito continuado de falsedad en documento mercantil y de un delito continuado de estafa con utilización de efectos cambiarios ficticios	Neurosis compulsiva, trastorno mixto de la personalidad (histriónico-narcisista-disocial) trastornos depresivos recurrentes, politoxicofilia (medicamentos y etílica) y trastorno del control de los impulsos en forma de cleptomanía y compras compulsivas	**Ex. Incompleta**
24-7-2001	SAP Valencia, Secc. 4ª	Homicidio	Trastorno de base neurótica con rasgos desadaptativos	**A. Analógica**
22-2-2008	SAP Granada, Secc. 2ª (con Jurado)	Homicidio	Rasgos de personalidad neurótica (ser inmaduro, represivo en sus manifestaciones de frustración o contrariedad, pesimista)	**Ex. Completa**
27-1-2009	SAP Zaragoza, secc. 3ª	Delito de amenazas	Trastorno neurótico que disminuye sus capacidades de conocer y decidir	**Ex. Incompleta**
25-3-2009	SAP Zaragoza, secc. 1ª	Delito de quebrantamiento de medida cautelar	Complejo conjunto sintomático psicológico-psiquiátrico con síntomas obsesivos, afectivos y de personalidad	**Ex. Incompleta**
6-7-2010	SAP Ciudad Real, Secc. 1ª	Delito contra los sentimientos religiosos	Trastorno neurótico y un trastorno histriónico de la personalidad que le limitaba gravemente	**Ex. Incompleta. Tratamiento ambulatorio**
7-10-2010	ATS	Delito contra la salud pública	Neurosis sin disminución de las facultades intelectivas o volitivas, ni guarda relación causa-efecto con el delito cometido	**Plena imputabilidad**
31-10-2011	SAP Zaragoza	Asesinato	La acusada tiende a reaccionar con descontrol neurótico en las situaciones de tensión	**Ex. Incompleta del art. 21.3 CP. TMT**
17-1-2013	ATS	1 agresión sexual, 1 delito de violación, 2 robos con intimidación	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite con carácter	**Plena imputabilidad**

		y 1 falta de lesiones	neurótico que afecta gravemente a su capacidad volitiva	
22-7-2013	SAP Tarragona	Delito continuado de robo con fuerza en las cosas en casa habitada	Trastorno inespecífico de conducta con poco control de la impulsividad	**Ex. Incompleta. Libertad vigilada y obligación de someterse a tratamiento médico o control médico periódico**
5-5-2015	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Delito contra la salud pública	Trastorno neurótico no especificado relacionado con un trastorno mixto ansioso-depresivo por lo que tenía disminuidas sus facultades cognitivas y volitivas	**A. Analógica**

Tabla 13. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	RESPONSAB. CRIMINAL
20-11-2008	STS	Delito de asesinato en grado de tentativa, amenazas y maltrato familiar	Trastorno somatomorfo y trastorno disociativo, sin que al producirse los hechos relatados estuviera afectada su conciencia y voluntad	**Plena imputabilidad**
29-11-2010	SAP Vizcaya, Secc. 2ª	Delito de coacciones en grado de tentativa y falta de injurias	Trastorno somatomorfo que impedía el control de los impulsos en situaciones estresantes	**A. Analógica**

Tabla 14. NEUROSIS DE RENTA

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSIQUICA	RESPONSAB. CRIMINAL
21-3-2013	ATS	Delito de estafa en grado de tentativa	Neurosis de renta	**Plena imputabilidad**

Figura 8. Datos Sentencias y Autos del Tribunal Supremo sobre trastornos neuróticos

Figura 9. Datos Sentencias de TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre trastornos neuróticos

TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

Es importante reseñar de forma especial los trastornos del control de los impulsos, cuya relación con los trastornos neuróticos ha sido puesta de manifiesto por la doctrina y la Jurisprudencia, como se indicó con anterioridad. Bajo este epígrafe, igual que en el anterior, tan sólo nos ocuparemos de los trastornos del control de los impulsos que tienen o pueden tener repercusión penal[312].

PIROMANÍA:

En cuanto a la jurisprudencia, son escasos los pronunciamientos relacionados con esta materia. El Alto Tribunal la abordó ya en su *STS de 18 de junio de 1979 (EDJ 1979/2122)*, donde declaró la plena imputabilidad de acusado: "la integridad del relato, que no cabe fraccionar, atestigua sin lugar a dudas aquel propósito incendiario nacido en el psiquismo del procesado y movido por el resentimiento que lo impulsaba, de modo que aún suprimida la expresión en que se fija el recurrente para basar este motivo, toda la conducta incendiaria del reo, insistente y repetida demostraría objetiva y externamente aquella su intención".

El Tribunal Supremo también se refirió a ella de forma muy sutil en la *STS de 3 de enero de 1990 (EDJ 1990/36),* de la siguiente forma: "El trastorno denominado juego patológico, que no se considera una enfermedad, sino un trastorno del control de los impulsos que aparece comprendido en el D.S.M. III junto con la cleptomanía, la piromanía, el denominado trastorno explosivo intermitente y el trastorno explosivo aislado, para llegar a la conclusión de que afectó a la capacidad volitiva del ahora recurrente y por ello existió un déficit ligero de la imputabilidad".

Y posteriormente en la STS *de 7 de mayo de 2001 (EDJ 2001/8453)*, donde se aplicó la atenuante analógica, confirmando así el fallo de la Audiencia Provincial de Valencia *(EDJ 1999/22297)*, que determinó lo siguiente: "Figura como acusado en esta causa Francisco, mayor de edad y sin antecedentes penales, quien tiene un nivel intelectual en límite de una inteligencia normal y un retraso mental moderado, lo que le determina ciertas tendencias pirómanas, circunstancia que si bien le permite discernir entre el bien y el mal en conceptos básicos, dichas circunstancias le produce una cierta limitación de su voluntad, no valorando las consecuencias de sus actos a largo plazo…". En la *STS de 20 de mayo de 2009 (EDJ 2009/150250)* sin embargo, el Alto Tribunal considera la plena imputabilidad del acusado, aún siendo diagnosticada con un cuadro de provocación de incendios patológica (piromanía).

También hacemos mención a algunos ejemplos de los tribunales menores: *SAP La Rioja de 26 de junio de 2003* (JUR 2003/212144) en la que se aprecia una eximente completa del art. 20.1 CP, por cuanto la intensidad del trastorno abolía plenamente la capacidad del sujeto; *SAP*

[312] Véase al respecto: DE AGUILAR GUALDA, S.: "Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos del control de los impulsos con repercusión penal. Texto adaptado al DSM-5 y L.O. 1/2015, de 30 de marzo", Revista Aranzadi de Derecho y Proceso Penal núm. 43, julio a septiembre de 2016.

Teruel de 16 de enero 2003 (JUR 2003/36053- EDJ 2003/3609), SAP Ciudad Real de 30 de marzo de 2006 (JUR 2006/167559), SAP La Coruña de 17 de diciembre de 2004 (JUR 2004/6655) aplicó una atenuante analógica por tener el sujeto mermadas sus funciones psíquicas superiores, *SAP Ávila de 27 de abril de 2006 (JUR 2006/188397)*, donde fue aplicada una atenuante del art. 21.1 CP, por merma de las capacidades cognitiva y volitiva, y la *SAP de Lleida, de 15 de mayo de 2008 (EDJ 2008/100298)*, donde se aplicó eximente incompleta por producirle la alteración una falta de control de los impulsos, lo que puede suponer una alteración de sus facultades volitivas.

Tabla 15. PIROMANÍA

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	EXIMENTE/ ATENUANTE
18-6-1979	STS	Delitos de incendio y robo	Piromanía	**Plena imputabilidad**
7-5-2001	STS	Delito continuado de daños y de incendio forestal	Piromanía	**A. Analógica**
16-1-2003	SAP Teruel	Delito de daños	Piromanía	**Ex. Incompleta**
26-6-2003	SAP La Rioja	Delitos de daños e incendio	Piromanía	**Ex. Completa**
17-12-2004	SAP La Coruña	Delito de incendio forestal	Piromanía	**A. Analógica**
30-3-2006	SAP Ciudad Real	Delito de incendio	Piromanía	**Ex. Incompleta. Internamiento en Centro Psiquiátrico**
27-4-2006	SAP Ávila	Delito de incendio	Piromanía	**Ex. Incompleta**
15-5-2008	SAP Lleida	Delito de incendio	Trastorno límite de la personalidad, así como una deficiencia mental leve, y piromanía	**Ex. Incompleta**
20-5-2009	STS	1 delito de robo con violencia, 1 agresión sexual y 1 asesinato	Piromanía	**Plena imputabilidad**
7-6-2012	ATS	Delito continuado de incendio de montes o masas forestales	Piromanía	**Plena imputabilidad**
18-7-2013	SAP Pontevedra	2 delitos continuados de incendio	Piromanía	**Ex. Incompleta**
27-2-2014	SAP Ourense	2 delitos de incendio forestal	Piromanía	**Ex. Incompleta. Sumisión a tratamiento médico externo psicológico y psiquiátrico**

Figura 10. Datos Sentencias y Autos del TS, TT.SS.JJ. y AA.PP sobre piromanía:

CLEPTOMANÍA:

Desde el punto de vista Jurisprudencial, no parece que exista una doctrina unánime sobre la incidencia de este trastorno en la imputabilidad del sujeto, aunque extraemos un párrafo de la *STS 569/2012 de 27 de junio (EDJ 154665/2012)* que establece: "solo en supuestos de excepcional gravedad puede llegar a plantearse la eventual apreciación de una eximente completa o incompleta, cuando pericialmente se acredite fuera de toda duda una anulación absoluta o cuasi absoluta de la capacidad de raciocinio o voluntad del acusado".

Tenemos algunas resoluciones de los tribunales menores: *SAP Alicante de 2 de febrero de 1998 (ARP 1998/1133)* y *SAP Sevilla de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004/68260)*, donde se aplicó la eximente completa del art. 20.1 CP. La eximente incompleta fue aplicada en la *SAP Madrid de 7 de marzo de 2003* (JUR 2003/200794) y en la *SAP Barcelona de 30 de abril de 2001 (JUR 2001/223713- EDJ 2001/27138)*, por limitación de la capacidad volitiva, que aunque no total, sí parcialmente anulada. La *SAP Huesca de 16 de mayo de 2001(JUR 2001/ 190699)* consideró la aplicación de la atenuante analógica, por la disminución de las facultades mentales de la acusada, igual que en el caso de la *SAP de Álava (Secc. 2ª), de 25 de enero de 2007 (EDJ 2007/25517)*, en la que la acusada padecía un trastorno depresivo y cleptomanía, con actuaciones sin control conductual e impulsivas, y la *SAP de Badajoz, de 16 de diciembre de 2009 (EDJ 2009/344649)*, donde se apreció atenuante analógica por cleptomanía y trastorno ansioso-depresivo. Sin embargo, también encontramos la *SAP de Madrid, de 28 de julio de 2011 (EDJ 2011/211142)*, donde se considera la plena imputabilidad de la imputada, que aún padeciendo

un trastorno de cleptomanía, entiende el Tribunal que el mismo no ha afectado suficientemente en la comisión de un delito de apropiación indebida y de falsedad en documento oficial y mercantil por la que fue acusada. Igual supuesto encontramos en la *SAP de Badajoz, de 27 de enero de 2010 (EDJ 2010/31911)* donde no se acredita suficientemente las trastorno padecidos (cuadro ansioso-depresivo y cleptomanía) para que los mismos afecten a la imputabilidad. La *SAP de Jaén de 21 de abril de 2010 (EDJ 2010/394614)* aplicó atenuante analógica en una de las acusadas por padecer cleptomanía e inestabilidad emocional en un delito continuado de robo con fuerza en grado de tentativa.

En cuanto a las resoluciones dictadas por el Alto Tribunal, apuntamos la *STS de 4 de febrero de 1991 (EDJ 1991/1083)* donde se aplicó una atenuante analógica por padecer trastorno de cleptomanía el autor de dos delitos continuados de robo con fuerza en las cosas. Posteriormente, en la *STS de 8 de noviembre de 1995* (EDJ 1995/6003) se aplicó eximente incompleta al autor de un delito de malversación de fondos públicos y en la *STS de 10 de julio de 2008 (EDJ 2008/128665)* no se apreció atenuante alguna aún padeciendo el acusado varios trastornos asociados, entre ellos, cleptomanía, entendiendo el Tribunal que no tenía mermadas sus facultades intelectivas y volitivas, con pleno conocimiento de lo que hace y voluntad de concluir su actuar. También hallamos la *STS de 12 de mayo de 2010 (EDJ 2010/94536)* en la que se impone a la acusada una medida de seguridad de prohibición de entrar en determinados centros comerciales, eximiéndola de responsabilidad criminal, por un trastorno de cleptomanía grave.

Algo más reciente es la *STS 569/2012, de 27 de junio (ROJ: 5078/2012)*, en la que se requiere para que la cleptomanía sea considerada como trastorno obsesivo-compulsivo, que las conductas sean reiteradas, recurrentes y ante ellas ha de experimentarse la dificultad para controlar los impulsos. Finalmente señala: "Así pues, solo en supuestos de excepcional gravedad puede llegar a plantearse la eventual apreciación de una eximente completa o incompleta, cuando pericialmente se acredite fuera de toda duda una anulación absoluta o cuasi absoluta de la capacidad de raciocinio o voluntad del acusado", por lo que considera la imputabilidad plena del sujeto.

Tabla 16. CLEPTOMANÍA

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSIQUICA	EXIMENTE/ ATENUANTE
4-2-1991	STS	2 delitos continuados de robo con fuerza en las cosas	Cleptomanía	**A. Analógica**
8-11-1995	STS	Delito por malversación de fondos públicos	Cleptomanía	**Ex. Incompleta**
2-2-1998	SAP Alicante, Secc. 3ª	Delito de robo continuado	Cleptomanía y ludopatía	**Ex. Completa**
30-4-2001	SAP Barcelona, Secc. 5ª	Delito continuado de falsedad en documento mercantil y de un delito continuado de estafa con utilización de efectos cambiarios ficticios	Cleptomanía	**Ex. Incompleta**
16-5-2001	SAP Huesca	Delito continuado de falsedad en documento mercantil y delito de estafa	Cleptomanía. Disminución de las facultades mentales de la acusada	**A. Analógica**
7-3-2003	SAP Madrid, Secc. 2ª	Delito de hurto	Cleptomanía con considerable disminución de las facultades volitivas	**Ex. Incompleta**
23-12-2003	SAP Sevilla, Secc. 4ª	Delito de hurto en grado de tentativa	Cleptomanía	**Ex. Completa**
25-1-2007	SAP de Álava, Secc. 2ª	Delito de lesiones	Trastorno depresivo y cleptomanía: actuaciones sin control conductual e impulsivas	**A. Analógica**
10-7-2008	ATS	Delito de tenencia de material pornográfico	Varios trastornos asociados, entre ellos, cleptomanía	**Plena imputabilidad**
16-12-2009	SAP Badajoz, Secc. 1ª	Delito de tenencia ilícita de armas de fuego	Cleptomanía y trastorno ansioso-depresivo	**A. Analógica**
27-1-2010	SAP Badajoz, Secc. 1ª	Falta de injurias y amenazas	Trastorno mixto ansioso-depresivo crónico, trastorno de control de impulsos (conductas de cleptomanía)y trastorno de la personalidad no especificado	**Plena imputabilidad**
21-4-2010	SAP Jaén, Secc. 1ª	Delito continuado de robo con fuerza en grado de tentativa	Cleptomanía e inestabilidad emocional (1 de las acusadas)	**A. Analógica**
12-5-2010	STS	Delito de hurto	Cleptomanía	**Ex. Completa. Prohibición de entrar en centros comerciales**
28-7-2011	SAP Madrid, Secc. 1ª	Delito de apropiación indebida y de falsedad documental oficial y mercantil	Cleptomanía	**Plena imputabilidad**

27-6-2012	STS	Delito de apropiación indebida y falsedad en documento oficial y mercantil	Cleptomanía	**Plena imputabilidad**
5-7-2012	SAP Madrid, Secc. 6ª	Delito intentado de hurto	Cleptomanía (trastorno neurótico de la personalidad, de carácter irreversible, en el control de sus impulsos, conocido como cleptomanía)	**Ex. Completa. Tratamiento externo en Centro especializado**
8-1-2013	SAP Madrid, Secc. 15ª	Delito de hurto en grado de tentativa	Cleptomanía y reacción depresiva	**Ex. Completa**
8-10-2013	SAP Barcelona, Secc. 10ª	Falta de hurto en grado de tentativa	Cleptomanía	**Plena imputabilidad**
18-11-2013	SAP León, Secc. 3ª	Falta de hurto en grado de tentativa	Cleptomanía	**Ex. Completa**
20-11-2013	SAP Barcelona, Secc. 7ª	Falta de hurto	Cleptomanía	**Plena imputabilidad**
22-9-2015	SAP Cádiz, Secc. 4ª	Delito de hurto	Cleptomanía	**Ex. Incompleta**
7-1-2016	SAP Tarragona, Secc. 2ª	Delito de estafa	Cleptomanía	**A. Analógica**

Figura 11. Datos Sentencias y Autos del TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre cleptomanía:

LUDOPATÍA (Juego patológico):

Trascribimos un importante párrafo de la *STS de 19 de noviembre de 2002 (EDJ 2002/51893)*: "Hemos declarado respecto a la situación de ludopatía[313] que la característica nosológica de la manifestación neurótica de los ludópatas o jugadores patológicos radica en su compulsión al juego, en el que participan de forma ansiosa, sin poder cortar con el hábito que ha creado en ellos una dependencia psicológica. Por eso y sin entrar en si constituye o no una enfermedad (lo que niega la *Sentencia de 3 de enero de 1990*) o es una forma de neurolisis, lo trascendente en estos casos es -como señaló la S*entencia de 24 de enero de 1991*- determinar la forma en que esa tendencia patológica a jugar se manifiesta en cada caso concreto y las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio o volición del agente. Dado que la compulsión del ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad en torno al acto concreto de jugar, su relevancia afectará a la valoración de las acciones temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará sólo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en esos momentos racional y dominable; y será por completo intranscendente respecto a acciones no determinadas por el impulso patológico de la ludopatía y ejecutadas por motivos o fines distintos del juego ansiado".

Cabe citar algunos ejemplos destacados de fecha anterior al Código vigente, que marcaron indiscutiblemente la posterior línea jurisprudencial: *STS de 3 de enero de 1990 (RJ: 1990/263 - EDJ 1990/36), SAN, Sala de lo Penal, de 16 de noviembre de 1990 (LA LEY 1145-JF/0000), STS de 29 de abril de 1991 (RJ: 1991/2986-EDJ 1991/4387), STS de 18 de mayo de 1993 (RJ: 1993/4171), STS de 21 de septiembre de 1993 (RJ: 1993/6816) y ATS de 2 de noviembre de 1994 (RJ: 1994/8391)*. En estas resoluciones la jurisprudencia considera la ludopatía (también en ocasiones, ludomanía) como una especie de neurosis. En estos casos y de forma posterior, el Tribunal Supremo aplicaría la atenuante analógica del art. 9.1 CP en relación con los arts. 9.1 y 8.1 del anterior Código Penal[314]. De forma posterior, la *STS de 26 de febrero de 1997 (EDJ 1997/2790)* señaló que "la jurisprudencia ha examinado la capacidad de culpabilidad del ludópata, otorgando al mismo la categoría de entidad nosológica que se presenta dentro de una conducta más general de incapacidad para controlar los impulsos, que naturalmente no afecta al discernimiento sino a la voluntad del individuo, al encontrarse con incapacidad de resistir la tentación de jugar, la cual implica una dependencia psicológica y de conducta constituida por un impulso irresistible que es superior a los sentimientos, normas éticas, sociales y familiares y disponibilidades económicas que puede conducir a conductas delictivas cuando se agotan las fuentes para obtener dinero. Indudablemente en el enjuiciamiento penal de esas conductas, el ordenamiento jurídico penal ofrece medidas correctoras de la pena que van desde la atenuante analógica simple, o cualificada a la semi-eximente".

---

[313] Véanse resoluciones en la misma línea: STS de 18 de mayo de 1993 (EDJ 1993/4707), STS 1597/1998, de 15 de noviembre de 1999 (EDJ 1999/33783), STS de 27 de julio de 1998 (EDJ 1998/19868), STS 426/2002, de 11 de marzo (EDJ 2002/4101), STS 426/2002, de 11 de marzo (EDJ 2002/4101), STS 1948/2001, de 29 de octubre (EDJ 2001/41124), STS 262/2001, de 23 de febrero (EDJ 2001/6673).

[314] FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración*…cit, pp. 240 a 254.

Cierto es que por regla general y aún después de la entrada en vigor del Código del 95, los tribunales han seguido aplicando la atenuante analógica, recogida ahora en el art. 21.7 CP, como se desprende del *ATS 6424/2013, de 13 de junio (EDJ 2013/127407)*: "Se concluye que pese a la patología sufrida -ludopatia-, no tiene gravemente afectadas sus facultades intelectivas y volitivas, por lo que no existe mérito para apreciar una atenuante muy cualificada o una eximente incompleta y sí es correcta la aplicación de una atenuante simple"[315]. Aunque también encontramos supuestos en los que la patología no era de intensidad bastante para anular la capacidad volitiva del sujeto[316].

Sin embargo, existen algunas excepciones con mayor repercusión en el grado de responsabilidad criminal:

En la reciente *STS de 4 de diciembre de 2013 (EDJ 2013/246781),* confirmando en ese extremo la *SAP de Madrid de 29 de enero de 2013 (EDJ 2013/29511),* se aprecia eximente incompleta a causa de una *neurosis de ludopatía*: "La ludopatía es considerada por la jurisprudencia de esta Sala como una entidad nosológica que se presenta dentro de una conducta más general de incapacidad para controlar los impulsos, que naturalmente no afecta al discernimiento, sino a la voluntad del individuo -- *SSTS de 29 de abril 1991; 21 de septiembre 1993 y 18 de febrero 1994* --." Afirma la mencionada sentencia que se trata de una situación en la que el sujeto no puede resistir la tentación de jugar, lo que implica una dependencia psicológica constituida por su impulso más o menos irresistible. Por eso la compulsión del ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se le presenta y domina su voluntad en torno al acto concreto de jugar, su relevancia afectará a la valoración de las mismas temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará solo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en ese estadio, racional y dominable, o al menos no irrefrenable. En general se estima que el trastorno ludópata afecta a la capacidad de culpabilidad por afectar a la imputabilidad, bien anulándole, disminuyéndole gravemente o de forma más leve, de acuerdo con la graduación del trastorno que puede ser eximente completa, eximente incompleta o atenuante ordinaria. Y finalmen-

[315] Véanse otras resoluciones donde se aplica atenuante analógica del art. 21.7 CP por ludopatía: STS de 18 de mayo de 1993 (EDJ 1993/4707); ATS de 5 de julio de 1995 (EDJ 1995/4979); STS de 19 de noviembre de 2002 (EDJ 2002/51893), STS de 18 de septiembre de 2003 (EDJ 2003/110666), STS de 9 de abril de 2008 (EDJ 2008/48919), STS de 29 de diciembre de 2011 (EDJ 2011/322764), SAP de Badajoz, de 13 de mayo de 1996 (EDJ 1996/2985); SAP de Teruel, de 8 de abril de 2000 (EDJ 2000/16672); SAP de Asturias, de 17 de noviembre de 2000 (EDJ 2000/63795); SAP de Vizcaya, de 2 de marzo de 2001 (EDJ 2001/4787); SAP de Almería, de 10 de julio de 2001 (EDJ 2001/30596); SAP de Valencia, de 17 de enero de 2006 (EDJ 2006/280834); SAP de Madrid, de 16 de junio de 2006 (EDJ 2006/380077); SAP de Las Palmas, de 26 de octubre de 2007 (EDJ 2007/280159); SAP de Asturias, de 2 de octubre de 2009 (EDJ 2009/262791); SAP de Zaragoza, de 1 de octubre de 2010 (EDJ 2010/217832), SAP de Salamanca, de 17 de marzo de 2011 (EDJ 2011/64380); SAP de Madrid, de 10 de mayo de 2011 (EDJ 2011/115001); SAP de Zamora, de 16 de junio de 2011 (EDJ 2011/172528), SAP de Córdoba, de 11 de junio de 2013 (EDJ 2013/200915).

[316] Véanse las siguientes resoluciones con plena imputabilidad: STS de 12 de julio de 2000 (EDJ 2000/18348); SAP de Sevilla, de 23 de mayo de 2003 (EDJ 2003/154853); SAP de Barcelona, de 20 de septiembre de 2004 (EDJ 2004/158712); SAP de A Coruña, de 13 de junio de 2006 (EDJ 2006/114004); SAP de Albacete, de 14 de mayo de 2007 (EDJ 2007/159572); SAP de La Rioja, de 28 de mayo de 2008 (EDJ 2008/371543).

te concluye señalando que: "Sí considera la Sala que la afección incide en la responsabilidad penal de la acusada de una manera más importante que la simple atenuación y que por ello debe de serle apreciada una circunstancia eximente incompleta conforme a lo dispuesto en los arts. 21.1 en relación con el 20.1 del C.P"[317].

Señalan al respecto la *STS 1224/2006, de 7 diciembre* (EDJ 2006/331140) y la *STS 659/2003, de 9 de mayo* (EDJ 2003/26305) que "La ludopatía, o adicción al juego, puede considerarse una dependencia psíquica que, cuando es grave y determina de modo directo e inmediato la comisión de hechos delictivos funcionalmente dirigidos a la obtención de fondos para satisfacer la compulsión al juego, permite ordinariamente la apreciación de una atenuante analógica del art. 21.6 en relación con el 21.2, por tener análoga significación que otras adicciones graves prevenidas como atenuantes en el citado párrafo segundo del art. 21. Cuando es leve, y en consecuencia fácilmente controlable, no debe producir efecto alguno sobre la responsabilidad penal, pues el Legislador ha establecido claramente en el art. 21. 2 que las adicciones o dependencias que no sean graves no constituyen causa de atenuación. Sólo en supuestos de excepcional gravedad puede llegar a plantearse la eventual apreciación de una eximente, completa o incompleta, cuando pericialmente se acredite fuera de toda duda una anulación absoluta o cuasi absoluta de la capacidad de raciocinio o voluntad del acusado. Pero solamente respecto de acciones temporalmente inmediatas al momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad del agente en torno al acto concreto de jugar y no respecto de otros actos más lejanos, que requieren cuidadosa planificación". En el mismo sentido se pronuncia la *SAP de Valladolid, de 7 de octubre de 2011 (EDJ 2011/243267)*, en la que se aprecia un atenuante analógica por ludopatía, al no haberse acreditado que en el momento de los hechos, le redujese el trastorno de forma muy relevante sus facultades intelectivas y/o volitivas.

Muy recientemente, encontramos la *STS 1534/2014, de 18 de marzo de 2014* (EDJ 2014/63659), que nos define con exactitud la postura jurisprudencial más actual en relación con la ludopatía: "La jurisprudencia del Tribunal Supremo reiteradamente considera la ludopatía como una atenuante analógica, salvo en algunos casos excepcionales (*STS 2084/1993, de 21 de septiembre - Rj: 1993/6816*) y entiende que se trata de un trastorno que disminuye la voluntad, pero no el discernimiento (*STS 1426/2011, de 29 de diciembre* de 2011- ROJ: 9146/2011)".

Y de una forma casi excepcional, hemos encontrado tres resoluciones de los Tribunales menores que aplican eximente completa. La *SAP de Vizcaya, de 15 de abril de 2002 (EDJ 2002/49450)* establece: "El acusado padece un trastorno del control de los impulsos por juego patológico y ludopatía que anula completamente su capacidad volitiva". La *SAP de Cádiz, de 17 de junio de 2003 (JUR 2003/223331)* señala: "El acusado efectivamente fue diagnosticado de un trastorno adictivo de juego patológico que deja abolidas sus facultades volitivas, impidiendo el

[317] Existen otras resoluciones anteriores a la transcrita donde se aplica eximente incompleta en casos de ludopatía con diagnóstico unitario o bien, unido a otras patologías: STS 932/2013, de 4 de diciembre de 2013 (Roj: 5851/2013/ EDJ 2013/246781); SAP de Ciudad Real, de 28 de septiembre de 1993 (EDJ 1993/13803); SAP de Murcia de 16 de octubre de 1998 (JUR 1999/4375), SAP de Valladolid de 6 de noviembre de 1998 (ARP 1998/4711), SAP de Guipúzcoa de 24 de mayo de 1999 (ARP 1999/1196), SAP de Burgos de 4 de febrero de 2002 (EDJ 2002/13677); SAP de Zaragoza de 7 de noviembre de 2002 (JUR 2004/14127), SAP de Tarragona, de 13 de octubre de 2005 (EDJ 2005/270934), SAP de Vizcaya, de 20 de marzo de 2007 (EDJ 2007/39484).

control de sus impulsos en relación con pequeños hurtos de dinero". Y la *SAP de Navarra, de 2 de junio de 2005 (JUR 2005/201916)* establece: "El imputado, en la época de los hechos, presentaba una reacción depresiva prolongada, así como un trastorno de ludopatía intenso. Y en relación con tal padecimiento, el jurado, tras haber percibido de manera directa e inmediata en el acto de juicio las manifestaciones del acusado, así como los informes médicos elaborados por el Psiquiatra y los médicos forenses, llegó a la conclusión, en su veredicto, de que dicho padecimiento determinaba una anulación de su voluntad, de tal modo que el mismo, no obstante a pesar de comprender la ilicitud de los hechos que había cometido, carecía de voluntad que le permitiese actuar conforme a esa comprensión... Por tanto, procede disponer la absolución del acusado en relación con los delitos que se le imputan, atendida su exención de responsabilidad criminal derivada de la apreciación de la citada eximente".

Tabla 17. LUDOPATÍA

FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	EXIMENTE/ ATENUANTE
16-11-1990	SAN	Delito de falsificación de moneda: Expendición. Delito de uso de documento alterado. Delito de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**
3-1-1990	STS	Delito de estafa	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
29-4-1991	STS	Delito de malversación de caudales públicos	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
18-5-1993	STS	Delito de robo con fuerza	Ludopatía y depresión	**A. Analógica**
21-9-1993	STS	Delito de lesiones	Ludopatía	**A. Analógica**
27-7-1998	STS	Delitos de apropiación indebida y falsedad	Ludopatía	**La atenuante analógica sólo se aplica con respecto a la apropiación, no a la falsedad**
16-10-1998	SAP Murcia, Secc. 1ª	5 delitos de robo con intimidación y uso de armas	Ludopatía que afectaba levemente a su voluntad	**Ex. Incompleta**
24-5-1999	SAP Guipúzcoa, Secc. 3ª	Falsedad en documento mercantil y estafa	Ludopatía	**Ex. Incompleta**
15-11-1999	STS	Tráfico de drogas	Ludopatía	**A. Analógica**
9-4-2000	STS	Delitos de falsedad documental, estafa y alzamiento de bienes	Ludopatía	**A. Analógica**
2-12-2000	SAP Granada, Secc. 2ª	Delito de estafa	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
2-12-2000	SAP Granada, Secc. 1ª	Delito contra la salud pública	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
23-2-2001	STS	Falsedad y estafa	Ludopatía	**A. Analógica**

11-3-2002	STS	Delito de apropiación indebida	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
12-11-2002	STS	Estafa y falsedad en documento público	Ludopatía	**A. Analógica**
19-11-2002	STS	Delito continuado de malversación de caudales públicos y de falsedad documental	Ludopatía	**A. Analógica**
9-5-2003	STS	Delito continuado de apropiación indebida en concurso con un delito continuado de falsedad en documento mercantil	Ludopatía	**Ex. Incompleta**
17-6-2003	SAP Cádiz	Delitos de hurto	Ludopatía	**Ex. Completa**
2-6-2005	SAP Navarra	Delito continuado de falsedad en documento oficial y malversación de caudales públicos. medida de seguridad en centro médico	Ludopatía	**Ex. Completa**
3-5-2006	STS	Estafa y falsedad	Ludopatía	**A. Analógica**
16-6-2006	SAP Madrid, Secc. 23ª	Delito de fraude tributario	Ludopatía que afecta a capacidad volitiva, pero no anula	**A. Analógica**
7-12-2006	STS	Delito continuado de falsedad en documento público en concurso medial con un delito continuado de estafa agravada	Ludopatía	**A. Analógica**
20-12-2006	STS	Delito continuado de estafa	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
15-6-2007	SAP Madrid, Secc. 15ª	Delitos de falsedad, estafa y alzamiento de bienes	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
9-4-2008	STS	Delitos de falsedad documental, estafa y alzamiento de bienes	Neurosis de ludopatía	**A. Analógica**
7-10-2009	SAP Navarra, Secc. 3ª	Delito de robo con fuerza en las cosas	Ludopatía	**Ex. Incompleta**
1-10-2010	SAP Zaragoza, Sec. 1ª	Delito continuado de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**
17-3-2011	SAP Salamanca, sec. 1ª	Delito continuado de falsificación de documento y otro de apropiación indebida	Ludopatía	**A. Analógica**
16-6-2011	SAP Zamora, Sec. 1ª	Delito continuado de falsificación de documento y otro continuado de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**
8-7-2011	SAP Barcelona, Secc. 8ª	Delito de malversación de caudales públicos y apropiación indebida	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
29-12-2011	STS	Delito continuado de falsificación de documento mercantil en concurso medial con otro de apropiación Indebida	Ludopatía	**A. Analógica**

29-1-2013	SAP Madrid, Sec. 7ª	Delito de estafa	Ludopatía y cleptomanía	**Ex. Incompleta**
11-6-2013	SAP Córdoba, Secc. 3ª	Delito de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**
4-12-2013	STS	Delito de estafa	Ludopatía y cleptomanía	**Ex. Incompleta**
18-3-2014	STS	Falsedad en documento mercantil	Ludopatía	**A. Analógica**
1-12-2015	SAP Barcelona, Secc. 10ª	Delito continuado de hurto	Ludopatía	**A. Analógica**
15-12-2015	SAP Huesca, Secc. 1ª	Delito de robo con violencia y uso de armas	Ludopatía	**A. Analógica**
17-12-2015	SAP Ourense, Secc. 2ª	Delito de falsedad en documento mercantil en concurso ideal con delito de estafa	Ludopatía *(1 de los acusados)*	**Ex. Incompleta**
20-6-2016	SAP Valladolid, Secc. 4ª	Delito de maltrato en ámbito familiar y quebrantamiento de condena	Crisis de angustia y ludopatía	**A. Analógica**
29-6-2016	SAP Madrid, Secc. 1ª	Delito continuado de falsedad en documento mercantil en concurso medial con delito continuado de estafa	Ludopatía	**Plena imputabilidad**
8-7-2016	SAP Zaragoza, Secc. 3ª	Delito de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**
14-7-2016	SAP Vizcaya, Secc. 6ª	2 robos con intimidación consumados y 1 en grado de tentativa	Ludopatía	**A. Analógica**
25-7-2016	SAP Baleares, Secc. 1ª	Delito de atentado	Ludopatía	**A. Analógica**
27-7-2016	SAP Navarra, Secc. 1ª	Delito continuado de estafa	Ludopatía	**Ex. Incompleta**
5-9-2016	SAP Zaragoza, Secc. 6ª	Delito de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**
5-10-2016	STS	Delito de estafa	Adicción al juego	**Plena imputabilidad**
6-10-2016	SAP Madrid, Secc. 16ª	Delito de falsedad y delito de estafa	Ludopatía	**A. Analógica**

Figura 12. Datos Sentencias y Autos del TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre ludopatía:

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

Se hace necesario mencionar este tipo de trastorno incluido dentro de los relacionados con el control de los impulsos, puesto que existen algunas resoluciones judiciales que incluyen esta patología como modificativa de la responsabilidad criminal del sujeto que las padece.

Tabla 18. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

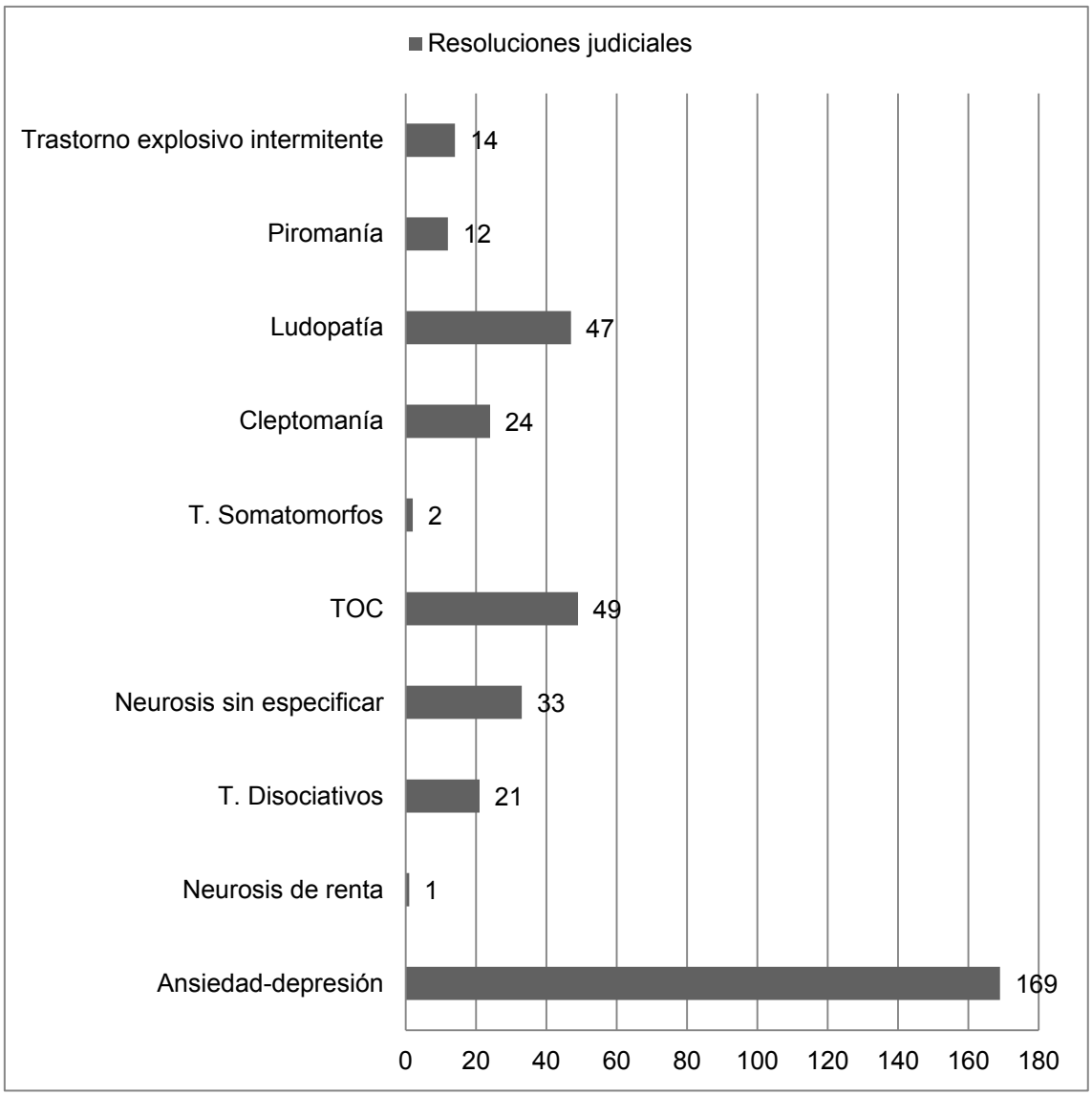
FECHA	RESOLUCIÓN/ TRIBUNAL	DELITO/ FALTA	ANOMALÍA/ ALTERACIÓN PSÍQUICA	EXIMENTE/ ATENUANTE
18-5-2006	SAP Sevilla, Secc. 1ª	Delito de atentado	Trastorno explosivo intermitente	**Ex. Incompleta**
7-7-2008	SAP Tarragona, Secc. 2ª	1 delito de resistencia, del delito contra la seguridad en el tráfico, de una falta de lesiones y de una falta de amenazas	Trastorno explosivo intermitente. En el momento de los hechos, síndrome delirante que anuló sus capacidades	**Ex. Completa. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio**
3-10-2011	SAP de Barcelona, Secc. 3ª	1 delito de incendio y 1 falta de estafa	Trastorno explosivo intermitente y en el momento de ejecución de los hechos, episodio de descontrol de impulsos	**A. Analógica**

1-3-2013	SAP Barcelona, Secc. 22ª	Delito de maltrato en el ámbito familiar	Trastorno explosivo intermitente	**Plena imputabilidad**
26-6-2013	SAP Cáceres, Secc. 2ª	Delito de lesiones	Trastorno explosivo intermitente	**A. Analógica** ***(sólo se aplica para este delito cometido, aunque se le juzga por más)***
4-11-2013	SAP Baleares, Secc. 2ª	Delito de robo con violencia e intimidación y hurto	Trastorno explosivo intermitente y consumo de sustancias tóxicas	**A. Analógica**
5-11-2013	SAP Castellón, Secc. 1ª	Delito de lesiones	Trastorno explosivo intermitente	**Ex. Incompleta**
26-3-2014	SAP Ourense, Secc. 2ª	Delito de descubrimiento y revelación de secretos	Trastorno explosivo intermitente leve	**Plena imputabilidad**
30-6-2014	SAP La Coruña, Secc. 1ª	Delito de quebrantamiento de condena	Trastorno explosivo intermitente y de inestabilidad emocional	**Plena imputabilidad**
28-10-2014	SAP Barcelona, Secc. 22ª	Delito de amenazas graves en concurso real con un delito de conducción temeraria	Trastorno explosivo e intermitente caracterizado por la presencia de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos y en el momento de los hechos padecía un trastorno depresivo	**Ex. Incompleta**
30-6-2015	SAP Barcelona, Secc. 21ª	Delito de robo con violencia e intimidación y falta de lesiones	Trastorno explosivo intermitente y consumo de alcohol *(1 de las acusadas)*	**Ex. Incompleta**
29-10-2015	SAP Madrid, Secc. 29ª	Delito de atentado y falta de lesiones	Trastorno explosivo intermitente	**Ex. Incompleta**
12-11-2015	SAP Madrid, Secc. 26ª	Delito de lesiones en el ámbito familiar y delito de coacciones leves en el ámbito familiar	Trastorno explosivo intermitente, hiperactividad y déficit de atención	**Plena imputabilidad** ***(no se puede apreciar nada más porque el sujeto no ha sido valorado por los peritos)***
22-1-2016	SAP Madrid, Secc. 26ª	Falta de vejación injusta	Trastorno explosivo intermitente	**A. Analógica**

Figura 13. Datos Sentencias y Autos del TS, TT.SS.JJ. y AA.PP. sobre T.E.I.:

En la siguiente figura (14) se exponen a modo de resumen el número de trastornos que aparecen en las resoluciones judiciales analizadas en este estudio. Como podemos apreciar, los tratarnos más habituales son: ansiedad-depresión (trastorno adaptativo), TOC y ludopatía.

Figura 14. Resoluciones judiciales según el tipo de trastorno:



3. Clasificación de las resoluciones judiciales en base a la terminología utilizada y su concordancia con los manuales internaciones de diagnóstico

ANALISIS DE CONCORDANCIA TERMINOLÓGICA

Todas las resoluciones empleadas en este apartado son relativas a trastornos neuróticos y del control de los impulsos donde el diagnóstico ha sido unitario y no se asocia con ninguna otra patología. La finalidad es comprobar la concordancia entre la terminología empleada en la redacción de las resoluciones y la recogida en los manuales internaciones de diagnóstico actuales. Los resultados serán ordenados en función del tipo de trastorno y clasificados en tres categorías: resoluciones con precisión diagnóstica (tabla 19), resoluciones con diagnóstico atribuible (tabla 20) y resoluciones imprecisas o descartables (tabla 21).

a. Resoluciones con precisión diagnóstica

- **Trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y mixto ansioso-depresivo:**

Trastornos depresivos: presencia de ánimo triste, vacío e irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afecta significativamente a la capacidad funcional del individuo. Aunque en sí los trastorno depresivos no puedan considerarse neuróticos, hemos querido incluirlos aquí porque existen numerosas sentencias donde el diagnóstico es: neurosis depresiva.

Trastornos de ansiedad: comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales.

Trastorno mixto ansioso-depresivo: esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

En los trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio de diagnóstico. Es necesario especificar de qué tipo es.

Tabla 19

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO
STS 27-4-1991 (EDJ 1991/4361)	trastorno ansioso-depresivo moderado-severo con periodos de mejoría y exacerbación
SAP La Rioja, 20-9-1996 (EDJ 1996/13131)	trastorno de depresión mayor que afectaba gravemente a su conciencia y voluntad
SAP Las Palmas, 06-4-2000 (EDJ 2000/20218)	trastorno depresivo mayor con total anulación del grado de conciencia
SAP Sevilla 29-06-2000 (EDJ 2000/37605)	trastorno ansioso-depresivo que limita su autocontrol en determinadas circunstancias
SAP Vizcaya, 21-5-2001 (EDJ 2001/48898)	trastorno de ansiedad generalizada
SAP de Cádiz, 13-7-2001 (EDJ 2001/57288)	trastorno depresivo crónico grave y trastorno explosivo intermitente (no probado)
SAP de Barcelona, 2-1-2002 (EDJ 2002/9104)	trastorno depresivo crónico que comporta pérdida de control
STS 24-4-2002 (EDJ 2002/16816)	trastornos de ansiedad fóbicos con rasgos obsesivos e hipocondriacos
SAP de Madrid, 19-9-2002 (EDJ 2002/59741)	trastorno adaptativo depresivo

STS 17-12-1980 (RJ 1980/4944); STS 10-3-2003 (EDJ 2003/6587)	trastorno de ansiedad que probablemente venía de su drogodependencia, sin influencia en sus facultades intelectivas y volitivas.
SAP Almería, 8-1-2004 (EDJ 2004/64484)	trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo
SAP Asturias, 21-1-2004 (EDJ 2004/6010)	trastorno distímico y de ansiedad *(1 de las acusadas)*
SAP Lugo, 13 -2-2004 (EDJ 2004/8205)	trastorno de ansiedad generalizada *(1 de los acusados)*
SAP La Rioja, 16-2-2004 (EDJ 2004/15452)	trastorno de ansiedad generalizada que conlleva incapacidad para controlar los impulsos
STS 29-11-2004 (EDJ 2004/219320)	trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, presentando rasgos de una personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, que no le impedía conocer perfectamente lo que estaba haciendo y las consecuencias de sus acciones, al ser dueño de sus propios actos, con voluntad para hacer o reprimir sus impulsos
SAP Navarra, 30 -5-2005 (EDJ 2005/93689)	trastorno de pánico y ansiedad paroxística con crisis recurrentes
SAP Sevilla, 8 -6-2005 (EDJ 2005/141937)	trastorno adaptativo depresivo
SAP Guadalajara, 4 -10-2005 (EDJ 2005/226849)	trastorno adaptativo mixto (ansiedad y depresión)
SAP Valencia, 15 -6-2006 (EDJ 2006/305336)	trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo
SAP Granada, 13-7-2006 (EDJ 2006/424529)	trastorno depresivo con crisis de agresividad
SAP Girona, 26 -7-2006 (EDJ 2006/490759)	trastorno depresivo ansioso y trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
STSJ Cataluña, 30-11-2006 (EDJ 2006/429995)	trastorno adaptativo mixto (síntomas de ansiedad y depresión) que no anulaba ni limitaba su capacidad intelectiva o consciencia de entender la licitud de sus actos, ni tampoco la capacidad volitiva o intencional de llevarlos a cabo
STS 2-2-2007 (EDJ 2007/8542)	trastorno ansioso-depresivo que unido al temor de que su esposa perdiese el empleo, afectó a sus facultades intelectivas y volitivas.
SAP Guipúzcoa, 21-3-2007 (EDJ 2007/37140)	trastorno de ansiedad leve
SAP Sevilla, 29-3-2007 (EDJ 2007/103164)	trastorno de adaptación y sintomatología ansioso depresiva
SAP Madrid, 23-7-2007 (EDJ 2007/209036)	trastorno ansioso-depresivo prolongado en el tiempo
SAP Barcelona, 26-7-2007 (EDJ 2007/189357)	trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión reactivo a su situación personal con impulsividad e inmadurez *(1 de los acusados)*
SAP Castellón, 15-10-2007 (EDJ 2007/234708)	trastorno ansioso-depresivo
SAP Jaén, 4-2-2008 (EDJ 2008/113888)	trastorno de depresión mayor *(1 de los acusados)*
SAP Madrid, 30-4-2008 (EDJ 2008/109820)	trastorno mixto de ansiedad y depresión
SAP Ourense, 12-6-2008 (EDJ 2008/193215)	trastorno de ansiedad, pero que nada tiene que ver con los hechos
SAP Madrid, 9-11-2008 (EDJ 2008/300544)	trastorno depresivo con ansiedad y rasgos obsesivos
SAP Barcelona, 6-2-2009 (EDJ 2009/34081)	trastorno depresivo que mermó directamente sus capacidades volitivas
SAP Santa Cruz de Tenerife, 13-3-2009 (EDJ 2009/88883)	trastorno ansioso-depresivo con dos intentos de autolisis
SAP de Guipúzcoa, 5-6-2009 (EDJ 2009/172815)	trastorno adaptativo ansioso-depresivo

SAP Vizcaya, 11-6-2009 (EDJ 2009/189351)	trastorno adaptativo ansioso-depresivo
SAP de Asturias, 30-9-2009 (EDJ 2009/262779)	trastorno de ansiedad con crisis de angustia frecuentes (reconocido grado de minusvalía psíquica del 35%) sin que afecte gravemente a su capacidad intelectiva o volitiva
SAP Guipúzcoa, 8-2-2010 (EDJ 2010/401501)	trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada y alteraciones disociales
SAP Ciudad Real, 11-2-2010 (EDJ 2010/64686)	trastorno adaptativo de tipo depresivo que afecta a las facultades volitivas
SAP Granada, 26-2-2010 (EDJ 2010/214333)	trastorno depresivo crónico sin afectación en el momento de los hechos
SAP Madrid, 29-3-2010 (EDJ 2010/88468)	trastorno distímico con deterioro físico e intelectual, crisis de ausencia, crisis convulsivas en hemicuerpo izquierdo y hemiparesia izquierda, dificultades de atención y de memoria
SAP Cádiz, 18-6-2010 (EDJ 2010/394621)	trastorno ansioso-depresivo, pero sin desordenes conductuales, sin alteración de las bases psicológicas que le permitan comprender y dirigir su conducta en relación con la capacidad cognoscitiva, no existiendo motivación patológica en la conducta llevada a cabo por la acusada
STSJ Madrid, 23-7-2010 (LA LEY 325821/2010)	trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo)
SAP Madrid, 24-11-2010 (EDJ 2010/316950)	trastorno ansioso-depresivo por situaciones laborales estresantes, anulando sus facultades volitivas
STS 2 -2-2011 (ROJ: 691/2011)	depresiones y alteraciones mentales con antecedentes de sintomatología ansioso-depresiva
SAP Barcelona, 18-2-2011 (EDJ 2011/39509)	trastorno adaptativo con rasgos de personalidad ansioso depresiva
SAP Valencia, 4-3-2011 (EDJ 2011/64554)	trastorno de ansiedad que en situaciones de crisis presenta episodios de agresividad
SAP Madrid, 26-4-2011 (EDJ 2011/137567)	trastorno depresivo de varios años de evolución, con rasgos de dependencia emocional, impulsividad, baja autoestima y ansiedad
SAP Madrid, 26-4-2012 (EDJ 2012/168286)	trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, lo que merma levemente sus capacidades intelectivas y volitivas
SAP Burgos, 27-6-2012 (EDJ 2012/157868)	trastorno adaptativo mixto de personalidad, con ansiedad y estado de ánimo depresivo sin influir en sus capacidades
SAP Madrid, 12-7-2012 (EDJ 2012/187047)	trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo que genera carácter con irritabilidad, impulsividad y dificultad de autocontrol
SAP Alicante, 16-7-2012 (EDJ 2012/325563)	trastorno adaptativo con síntomas depresivos y ansiosos, reactivo a situación estresante
SAP Madrid, 21-12-2012 (EDJ 2012/312759)	trastorno ansioso-depresivo
SAP Madrid, 21-1-2013 (EDJ 2013/14485)	trastorno adaptativo ansioso-depresivo con alteraciones del sueño, ideas autolíticas y varios intentos de suicidio
SAP Madrid, 26-2-2013 (EDJ 2013/34040)	trastorno ansioso-depresivo
STSJ Andalucía (Granada), 18-3-2013 (EDJ 2013/81572)	trastorno depresivo mayor, con personalidad dependiente que afecta a la capacidad volitiva en más de un 80%
SAP Madrid, 10-7-2013 (EDJ 2013/250817)	trastorno depresivo recurrente y trastorno de ideas delirantes persistentes
SAP Madrid, 24-10-2013 (EDJ 2013/251960)	trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión
SAP Zaragoza, 31-10-2013 (EDJ 2013/265352)	trastorno de ansiedad, agravado por un proceso celotípico que afecta a sus frenos de control de impulsos
SAP Cádiz, 10-12-2013 (EDJ 2013/294783)	trastorno adaptativo ansioso-depresivo
SAP Toledo, 28-1-2014 (EDJ 2014/19079)	trastornos depresivos y en ocasiones, trastornos de ansiedad

SAP Guipúzcoa, 14-3-2014 (EDJ 2014/143872)	trastorno adaptativo con síntomas depresivos
SAP Granada, 9-4-2014 (EDJ 2014/177674)	trastorno depresivo recurrente grave sin síntomas psicóticos
SAP Madrid, 7-7-2014 (EDJ 2014/165762)	trastorno de adaptación con alteración mixta de la emoción y trastornos depresivos que mantienen íntegras sus capacidades intelectivas y volitivas
SAP Madrid, 27-10-2014 (EDJ 2014/237631)	trastorno depresivo recurrente con alteraciones de conducta
SAP Sevilla, 5-5-2015 (EDJ 2015/146816)	trastorno neurótico no especificado relacionado con un trastorno mixto ansioso-depresivo
SAP A Coruña, 15-6-2016 (EDJ 2016/137707)	trastorno adaptativo mixto ansioso/depresivo
SAP Valladolid, 27-9-2016 (EDJ 2016/184035)	trastorno adaptativo mixto ansioso/depresivo
SAP Santa Cruz de Tenerife, 29-9-2016 (EDJ 2016/200650)	trastorno ansioso depresivo que se estaba tratando psiquiátricamente con medicación, lo que disminuía sus facultades intelectivas y volitivas
SAP Madrid, 30-9-2016 (EDJ 2016/205408)	trastorno ansioso-depresivo

- **Trastornos disociativos:**

Se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y la subjetiva, la emoción, la percepción., la identidad corporal, el control motor o el comportamiento.

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO
SAP Asturias, 15-6-1998 (EDJ 1998/18451)	trastorno disociativo desde la infancia
SAP Zaragoza, 5-7-2002 (EDJ 2002/40530)	trastorno disociativo transitorio y repentino
SAP León, 8-10-2004 (EDJ 2004/149532)	trastorno disociativo
SAP Sevilla, 21-4-2005 (EDJ 2005/74716)	trastorno disociativo
SAP Madrid, 2-7-2007 (EDJ 2007/278592)	trastorno disociativo con crisis recurrentes
SAP Salamanca, 23-11-2009 (EDJ 2009/306401)	trastorno disociativo crónico de la personalidad que le impidió, al realizar los hechos relatados, comprender la ilicitud de su conducta y de actuar conforme a dicha comprensión
SAP Alicante, 19-10-2010 (EDJ 2010/279878)	trastorno disociativo grave
SAP A Coruña, 15-3-2011 (EDJ 2011/50437)	trastorno disociativo
STS 2-11-2011 (Roj: 7290/2011)	trastorno de identidad disociativo
SAP A Coruña, 15-3-2011 (EDJ 2011/50437)	cuadro de trastorno de identidad disociativo
SAP Barcelona, 6-7-2011 (EDJ 2011/253251)	trastorno disociativo
SAP Barcelona, 18-3-2014 (EDJ 2014/70751)	trastorno disociativo

- **Trastornos del control de los impulsos:**

Afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones.

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO
STS 4-2-1991 (EDJ 1991/1083), STS 8-11-1995 (EDJ 1995/6003), STS 10-7-2008 (EDJ 2008/128665), STS 12-5-2010 (EDJ 2010/94536), STS 27-6-2012 (ROJ: 5078/2012), SAP Barcelona, 8-10-2013 (EDJ 2013/222933), SAP León, 18-11-2013 (EDJ 2013/233967), SAP Barcelona, 20-11-2013 (EDJ 2013/287281), SAP Cádiz, 22-9-2015 (EDJ 2015/286372), SAP Tarragona, 7-1-2016 (EDJ 2016/14863)	cleptomanía
SAP Pontevedra, 30-5-2000 (EDJ 2000/46626), SAP Vizcaya, 7-6-2000 (EDJ 2000/33129)	trastorno del control de los impulsos no especificado
SAP Sevilla, 18-5-2006 (EDJ 2006/357368), SAP Pontevedra, 1-9-2006 (EDJ 2006/295860), SAP Tarragona, 7-7-2008 (EDJ 2008/171558), SAP Barcelona, 3-10-2011 (EDJ 2011/261918), SAP Madrid, 10-10-2012 (EDJ 2012/297947), SAP Barcelona, 1 de marzo de 2013 (EDJ 2013/72195), SAP Cáceres, 26-7-2013 (EDJ 2013/129783), SAP Baleares, 4-11-2013, SAP Castellón, 5-11-2013 (EDJ 2013/211449), SAP Ourense, 26-3-2014 (EDJ 2014/132590), SAP La Coruña, 30-6-2014 (EDJ 2014/132368), SAP Barcelona, 28-10-2014 (EDJ 2014/256861), SAP Barcelona, 30-6-2015 (EDJ 2015/197744), SAP Madrid, 29-10-2015 (EDJ 2015/232071), SAP Madrid, 12-11-2015 (EDJ 2015/238592), SAP Madrid, 22-1-2016 (EDJ 2016/9072)	trastorno explosivo intermitente (control de los impulsos)
SAP Almería, 5-6-2012 (EDJ 2012/351036)	trastorno de conducta con impulsiones de carácter violento y un comportamiento imprevisible que entraña un verdadero peligro para la sociedad durante sus crisis
SAP Barcelona, 28-10-2014 (EDJ 2014/256861)	trastorno explosivo e intermitente caracterizado por la presencia de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos y en el momento de los hechos padecía un trastorno depresivo
STS 3-1-1990 (RJ: 1990/263-EDJ 1990/36), SAN, Sala de lo Penal, 16-11-1990 (LA LEY 1145-JF/0000), STS 29-4-1991 (RJ: 1991/2986-EDJ 1991/4387), STS 18-5-1993 (RJ: 1993/4171), STS 18-5-1993 (EDJ 1993/4707), STS 21-9-1993 (RJ: 1993/6816), SAP Ciudad Real, 28-9-1993 (EDJ 1993/13803), ATS 2-11-1994 (RJ: 1994/8391), STS 18-5-1993 (EDJ 1993/4707), ATS 5-7-1995 (EDJ 1995/4979), SAP Badajoz, 13-5-1996 (EDJ 1996/2985), STS 26-2-1997 (EDJ 1997/2790), STS 27-7-1998 (EDJ 1998/19868), SAP Valladolid 6-11-1998 (ARP 1998/4711), SAP Murcia 16-10-1998 (JUR 1999/4375), SAP Guipúzcoa 24-5-1999 (ARP 1999/1196), STS 15-11-1999 (EDJ 1999/33783), SAP Teruel, 8-4-2000 (EDJ 2000/16672), SAP Asturias, 17-11-2000 (EDJ 2000/63795), STS 12-7-2000 (EDJ 2000/18348), SAP Vizcaya, 2-3-2001 (EDJ 2001/4787), SAP Almería, 10-7-2001 (EDJ 2001/30596), SAP Vizcaya, STS 29-10-2001 (EDJ 2001/41124), STS 23-2-2001 (EDJ 2001/6673), 15-4-2002 (EDJ 2002/49450), STS 11-2-2002 (EDJ 2002/4101), STS 11-3-2002 (EDJ 2002/4101), STS 19-11-2002 (EDJ 2002/51893), STS 18-9-2003 (EDJ 2003/110666), SAP Sevilla, 23-5-	ludopatía

2003 (EDJ 2003/154853), SAP Cádiz, 17-6-2003 (JUR 2003/223331), SAP Barcelona, 20-9-2004 (EDJ 2004/158712), SAP Vizcaya, 20-3-2007 (EDJ 2007/39484), STS 9-4-2008 (EDJ 2008/48919), SAP Burgos 4-2-2002 (EDJ 2002/13677), SAP Zaragoza 7-11-2002 (JUR 2004/14127), SAP Tarragona, 13-10-2005 (EDJ 2005/270934), SAP Navarra, 2-6-2005 (JUR 2005/201916), SAP A Coruña, 13-6-2006 (EDJ 2006/114004), SAP Valencia, 17-1-2006 (EDJ 2006/280834), SAP Madrid, 16-6-2006 (EDJ 2006/380077), SAP Las Palmas, 26-10-2007 (EDJ 2007/280159), SAP Albacete, 14-5-2007 (EDJ 2007/159572), SAP Albacete, 14-5-2007 (EDJ 2007/159572), SAP La Rioja, 28-5-2008 (EDJ 2008/371543), SAP La Rioja, 28-5-2008 (EDJ 2008/371543), SAP Asturias, 2-10-2009 (EDJ 2009/262791), SAP Zaragoza, 1-10-2010 (EDJ 2010/217832), SAP Salamanca, 17-3-2011 (EDJ 2011/64380), SAP Madrid, 10-5-2011 (EDJ 2011/115001), SAP Zamora, 16-6-2011 (EDJ 2011/172528), STS Valladolid, 7-10-2011 (EDJ 2011/243267), STS 29-12-2011 (EDJ 2011/322764), STS 4-12-2013 (EDJ 2013/246781), ATS de 13-6-2013 (EDJ 2013/127407), SAP Córdoba, 11-6-2013 (EDJ 2013/200915), STS 4-12-2013 (EDJ 2013/246781), STS 18-3-2014 (ROJ: 1534/2014), SAP Barcelona, 1-12-2015 (EDJ 2015/255866), SAP Huesca, 15-12-2015 (EDJ 2015/281746), SAP Ourense, 17-12-2015 (EDJ 2015/260420), SAP Valladolid, 20-6-2016 (EDJ 2016/139464), SAP Madrid, 29-6-2016 (EDJ 2016/147511), SAP Zaragoza, 8-7-2016 (EDJ 2016/156105), SAP Vizcaya, 14-7-2016 (EDJ 2016/186581), SAP Baleares, 25-7-2016 (EDJ 2016/163367), SAP Navarra, 27-7-2016 (EDJ 2016/200551), SAP Zaragoza, 5-9-2016 (EDJ 2016/171152), STS 5-10-2016 (EDJ 2016/171431), SAP Madrid, 6-10-2016 (EDJ 2016/203130)	
SAP Alicante 2-2-1998 (ARP 1998/1133), SAP Barcelona 30-4-2001 (JUR 2001/223713- EDJ 2001/27138), SAP Huesca 16-5-2001(JUR 2001/ 190699), SAP La Rioja 26-6-2003 (JUR 2003/212144), SAP Teruel 16-1-2003 (JUR 2003/36053- EDJ 2003/3609), SAP Madrid 7-3-2003 (JUR 2003/200794), SAP Sevilla 23-12-2003 (JUR 2004/68260), SAP La Coruña 17-12-2004 (JUR 2004/6655), SAP Ciudad Real 30-3-2006 (JUR 2006/167559), SAP Ávila 27-4-2006 (JUR 2006/188397), SAP de Lleida 15-5-2008 (EDJ 2008/100298), SAP Álava, 25-1-2007 (EDJ 2007/25517), STS 20-5-2009 (EDJ 2009/150250), SAP de Badajoz 16-12-2009 (EDJ 2009/344649), SAP Jaén 21-4-2010 (EDJ 2010/394614), ATS 7-6-2012 (EDJ 2012/123973), SAP Pontevedra 18-7-2013 (EDJ 2013/167841), SAP Ourense 27-2-2014 (EDJ 2014/50655)	piromanía

b. Resoluciones con diagnóstico atribuible

- **Trastornos de ansiedad y mixto ansioso-depresivo:**

Tabla 20

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	DIAGNÓSTICO ATRIBUIBLE
STS 17-12-1985 (EDJ 1985/6633)	*personalidad* depresiva, débil e influenciable *(1 de los acusados)*	Debería utilizarse el término trastorno depresivo y si es recurrente o persistente
STS 22-11-1993 (Roj: 7866/1993)	*neurosis* de ansiedad y depresiones	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" está descatalogado, debería suprimirse neurosis de ansiedad por trastorno de ansiedad y puesto que conlleva también depresión, el diagnóstico correcto sería el de trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
STS 2-10-1995 (EDJ 1995/5402)	trastorno depresivo *adaptativo a* una serie de circunstancias adversas que le afectaban incidiendo de una manera muy sensible en sus facultades volitivas que se encontraban claramente disminuidas	El trastorno no se adapta a nada, sino que consiste en un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
STS 22-4-1997 (EDJ 1997/3863)	trastorno de *estado de ánimo* de tipo depresivo *reactivo*, que el día de autos le provocó un profundo desarreglo de su estado emocional, limitando de modo más que notable, su capacidad intelectiva y volitiva	Debería utilizarse el término trastorno depresivo recurrente, atribuyéndole la intensidad del mismo (leve, moderado o grave) según el DSM-5 y trastorno del humor con episodio depresivo, según la CIE-10, atribuyéndole también la intensidad del mismo
STS 11-5-1999 (RJ 1999/8042)	*situación* ansioso-depresiva	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo, en base a la CIE-10 (F. 41.2). En el DSM-5 no se recoge dicha categoría
SAP León, 13-7-2000 (EDJ 2000/40905)	*trastorno adaptativo* con ideas celotípicas y de perjuicio	Debería especificarse que se trata de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés y dentro de ello, con alteración de la conducta o alteraciones disociales (F. 43.24)
SAP Valencia, 24-7-2001 (EDJ 2001/59186)	Trastorno de base neurótica con rasgos desadaptativos	Entendemos que se trata de un trastorno de adaptación (F. 43.2). Especificar de qué tipo.
SAP Zaragoza, 27-12-2002 (EDJ 2002/67933)	trastorno adaptativo por estrés agudo y ansiedad con afectación de su conducta y alteración ocasional de su conciencia que le impide conocer el alcance de sus actos	Debería emplearse el siguiente diagnóstico: trastorno de estrés agudo (F.43.0), trastorno de adaptación con ansiedad (F.43.22) y con alteración de la conducta (F.43.24)
SAP Málaga, 9-1-2004 (EDJ 2004/90413)	trastorno ansioso-depresivo muy virulento	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Sevilla, 13-1-2004 (EDJ 2004/12398)	trastorno *adaptativo* con conducta autolesiva, con afectación de capacidad de entendimiento y de autocontrol	Debería emplearse el término trastorno de adaptación, especificando de qué tipo se trata. Y preferible usar el término trastorno de adaptación
SAP Málaga, 5-3-2004 (EDJ 2004/37671)	trastorno ansioso depresivo derivado de un trastorno paranoide de la personalidad	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)

SAP Málaga, 19-3-2004 (EDJ 2004/37627)	trastorno adaptativo con rasgos ansiosos e histriónicos o histéricos, con afectividad mutable que disminuye sus facultades	Debería de emplearse el término trastorno de adaptación con ansiedad (F.43.22) o bien, con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25)
STS 25-3-2004 (EDJ 2004/31430)	importantes trastornos psíquicos que precisaron durante bastante tiempo tratamiento psicológico y psiquiátrico, debido a problemas personales y a un embarazo frustrado por un aborto, y estas circunstancias, unidas a su personalidad débil e influenciable, dieron lugar a que sufriera por aquella época graves trastornos depresivos y *crisis de angustia*	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2). El término "angustia" debe sustituirse por ansiedad
SAP Asturias, 5-4-2004 (EDJ 2004/167738)	trastorno ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Madrid, 4-5-2004 (EDJ 2004/138392)	trastorno adaptativo con deterioro importante *del comportamiento* y sintomatología disocial	Debería emplearse el término trastorno de adaptación con alteración de la conducta (F.43.24) o bien, con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25)
SAP Madrid, 4-5-2004 (EDJ 2004/137883)	trastorno *adaptativo* con alteraciones en el comportamiento que limita sus facultades	Es necesario especificar de qué tipo. Y preferible usar el término trastorno de adaptación
SAP Baleares, 4-9-2004 (EDJ 2004/174659)	trastorno *adaptativo* con alteración mixta de emociones y *comportamiento*	Debería emplearse el término trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25)
SAP Ourense, 20-10-2004 (EDJ 2004/215964)	trastorno ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Málaga, 24-11-2004 (EDJ 2004/247368)	*trastorno mixto depresivo*	Debería utilizarse el término trastorno depresivo y si conlleva episodios de ansiedad, el diagnóstico sería trastorno mixto ansioso-depresivo. Si los síntomas mixtos son maníacos o hipomaníacos, se trataría de un trastorno bipolar I o II
SAP Navarra, 21-3-2005 (EDJ 2005/38458)	trastorno de ansiedad *reactivo*	Debería utilizarse el término trastorno de ansiedad generalizada (F. 41.1)
SAP Valencia, 15-7-2005 (EDJ 2005/133884)	trastorno ansioso-depresivo *reactivo*	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Madrid, 6-10-2005 (EDJ 2005/182122)	trastorno ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
STS 13-3-2006 (EDJ 2006/29202)	trastorno mixto de ansiedad y depresión *reactiva*	Debería suprimirse la palabra "reactiva", puesto que no se recoge en ningún Manual
SAP Santa Cruz de Tenerife, 28-4-2006 (EDJ 2006/86970)	trastorno *adaptativo (depresión)* que disminuyó la capacidad de control de los impulsos	Debería emplearse trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
SAP Barcelona, 27-6-2006 (EDJ 2006/376820)	*cuadro* ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Jaén, 29-6-2006 (EDJ 2006/359878)	*cuadro* ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Barcelona, 10-7-2006 (EDJ 2006/371054)	trastorno *depresivo adaptativo*	Debería emplearse trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
SAP Granada, 28-11-2006 (EDJ 2006/434879)	trastorno depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Sevilla, 10-1-2007 (EDJ 2007/67479)	trastorno distímico de etiología psicógena	Debería especificarse la gravedad actual: leve, moderado o grave y si tiene remisión parcial o total (F. 34.1)
SAP Sevilla, 14-3-2007 (EDJ 2007/103142)	t*rastorno de ansiedad*	Debería emplearse el término trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
SAP de A Coruña, 23-5-2007 (EDJ 2007/162432)	trastorno *adaptativo*	Es necesario especificar de qué tipo. Y preferible usar el término trastorno de adaptación

SAP de Santa Cruz de Tenerife, 5-10-2007 (EDJ 2007/373249)	trastorno ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP de Santa Cruz de Tenerife, 13-11-2007 (EDJ 2007/297365)	trastorno *adaptativo*	Es necesario especificar de qué tipo. Y preferible usar el término trastorno de adaptación
SAP Vizcaya, 3-12-2007 (EDJ 2007/337326	trastorno ansioso depresivo, agorafobia y episodios de angustia	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2) asociado a agorafobia (300.22 y F.40.00)
SAP Asturias, 29-5-2008 (EDJ 2008/343396)	*trastorno de angustia* con agorafobia	Debería emplearse el término trastorno de ansiedad con agorafobia (F.40.00)
SAP León, 18-6-2008 (EDJ 2008/180921)	trastornos afectivos que suponen una merma notable de la capacidad de autocontrol	Debería emplearse el término trastorno de humor (afectivo), especificando qué tipo (F.30-F.39)
SAP Barcelona, 7-1-2009 (EDJ 2009/20010)	*síndrome* ansioso sin acreditar	Debería concretarse la anomalía, especificando el tipo de trastorno de ansiedad que se padece o en otro caso, diagnosticando otro trastorno de ansiedad especificado (F.41.8) o no especificado (F.41.9)
SAP Cáceres, 17-2-2009 (EDJ 2009/44565)	trastorno ansioso-depresivo con conductas impulsivas e irreflexivas	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)
SAP Valladolid, 23-2-2009 (EDJ 2009/49231)	trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo grave que afecta al control de sus impulsos	Debería emplearse el término trastorno adaptativo con reacción mixta de ansiedad y depresión (F.43.22) o bien, trastorno adaptativo con ansiedad
SAP Madrid, 252-22009 (EDJ 2009/69101)	trastorno adaptativo *de* ansiedad	Debería emplearse el término trastorno adaptativo con reacción mixta de ansiedad y depresión (F.43.22) o bien, trastorno adaptativo con ansiedad
SAP Málaga, 3-3-2009 (EDJ 2009/411361)	trastorno mixto reactivo de ansiedad con agresividad, depresión, fobia social y agorafobia	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2) con agresividad, trastorno de ansiedad social (F.40.10) y agorafobia (F.40.00)
SAP Zaragoza, 31-7-2009 (EDJ 2009/189618)	trastorno *adaptativo* intenso derivado de sus crisis de pareja, con posible aparición de reacciones vivenciales muy intensas que disminuyen su capacidad de inhibir y controlar sus impulsos	Es necesario especificar de qué tipo. Y preferible usar el término trastorno de adaptación
SAP Málaga, 12-11-2009 (EDJ 2009/411065)	trastorno ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)
SAP Valencia, 20-10-2010 (EDJ 2010/319246)	trastorno *adaptativo* que ha generado grave alteración en el momento de los hechos de su capacidad de conocer y de obrar con conocimiento	Es necesario especificar de qué tipo. Y preferible usar el término trastorno de adaptación
SAP Madrid, 28-10-2010 (EDJ 2010/296269)	*trastorno ansioso-depresivo por situación de estrés*	Debería calificarse como trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23)
SAP Guipúzcoa, 28-2-2011 (EDJ 2011/395027)	*1 acusada*: trastorno *depresivo ansioso reactivo* y la *otra acusada*: trastorno adaptativo con ansiedad y estado de ánimo depresivo, así como retraso mental limite	En relación al primer diagnóstico, debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2). El segundo es correcto
SAP Sevilla, de 1-3-2011 (EDJ 2011/106740)	trastorno ansioso-depresivo importante de larga evolución	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)
STSJ Extremadura, 3-10-2011 (EDJ 2011/259171)	trastorno ansioso depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)
SAP Jaén, 19-10-2011 (EDJ 2011/291011)	t*rastorno ansioso depresivo* de larga evolución	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)

STS 19-12-2011 (EDJ 2011/323988)	t*rastorno depresivo, de ansiedad y adaptativo mixto ansioso* con ideación automática, que limitaba su capacidad de culpabilidad	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2), ya que si no, el diagnóstico resulta redundante
ATS 905/2012, 12-4-2012 (Roj: 5702/2012)	*cuadro* ansioso-depresivo	Debería utilizarse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Álava, 26-4-2012 (EDJ 2012/98638)	trastorno ansioso-depresivo	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Madrid, 9-5-2012 (EDJ 2012/202706)	trastorno mental por estrés agudo	Debería emplearse el siguiente diagnóstico: trastorno de estrés agudo (F.43.0)
STS 11-5-2012 (Roj: 3899/2012)	trastorno adaptativo con estado depresivo prolongado e ideas sobrevaloradas de perjuicio respecto a su esposa con sentimiento de infravaloración y baja autoestima	Debería utilizarse el término trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
SAP Asturias, 29-5-2012 (LA LEY 92836/2012)	*ansiedad, depresión reactiva y síndrome ansioso-depresivo*	Este diagnóstico resulta redundante, es más acertado denominarlo trastorno trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Barcelona, 23-7-2012 (EDJ 2012/181875)	trastorno *adaptativo* y eventualmente con alteraciones de *tipo conductual* que provocan una alteración volitiva de leve a moderada	Debería emplearse el término trastorno de adaptación con alteración de la conducta (F.43.24)
SAP Madrid, 4-4-2013 (EDJ 2013/74406)	depresión *reactiva* o *síndrome* ansioso-depresivo	Debería denominarse o bien trastorno del afectivo con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1), o siendo más preciso, trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
STS 29-1-2014 (EDJ 2014/7510)	*trastorno ansioso-depresivo con crisis de ansiedad (1 acusada)*	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
SAP Huesca, de 19 de junio de 2014 (EDJ 2014/216374)	trastorno depresivo *de larga evolución*, teniendo su capacidad de juicio completamente anulada	Debería emplearse el término trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1) o bien, trastorno de depresión mayor con episodios recurrentes, añadiendo la intensidad (F. 33.0, 1, 2)
STS 24-9-2014 (EDJ 2014/165287)	*síndrome* ansioso-depresivo	Debería emplearse el término trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2)
STS 31-3-2016 (EDJ 2016/30689)	Personalidad dependiente, compulsiva y autodestructiva, con rasgos ansiosos, histeriformes y de *neurosis depresiva*	Debería denominarse o bien trastorno del afectivo con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34 y 296.99) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1), o siendo más preciso, trastorno mixto ansioso-depresivo (F. 41.2). Además se pueden enumerar el resto de síntomas.
SAP Barcelona, 4-7-2016 (EDJ 2016/165788)	Reacción aguda al estrés	Reacción a estrés agudo (F. 43) o trastorno de estrés agudo
SAP Toledo, 28-7-2016 (EDJ 2016/183990)	Reacción aguda al estrés	Reacción a estrés agudo (F. 43) o trastorno de estrés agudo

SAP Asturias, 26-9-2016 (EDJ 2016/183832)	Elevada impulsividad e inestabilidad emocional, oposicionismo imprevisible, escasa tolerancia a la ansiedad y a las contrariedades, distanciamiento emocional, incapacidad para enfrentarse a las exigencias y demandas adultas, hipersensibilidad al rechazo	Sería algún trastorno de ansiedad que debería ser diagnosticado exactamente por el experto (F. 40 - F. 49)

- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):**

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	DIAGNÓSTICO ATRIBUIBLE
STS 10-3-1947 (RJ 1947/379)	desequilibrio mental profundo y vigoroso y *neurosis obsesiva*	Es algo imprecisa y aunque la CIE10 recoge el término *neurosis obsesiva* (F. 42), no lo desarrolla, por lo que sería más correcto usar los preceptos concretos: F. 42.0, 42.1, 42.2. El DSM5 no recoge dicha terminología.
STS 24-5-1989 (RJ 1989/4251)	TOC	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
STS 31-10-2001 (RJ 2001/9467)	personalidad con problemas episódicos y relativamente aislados, *neurosis obsesiva* permanente y grave	Es algo imprecisa y aunque la CIE10 recoge el término *neurosis obsesiva* (F. 42), no lo desarrolla, por lo que sería más correcto usar los preceptos concretos: F. 42.0, 42.1, 42.2. El DSM5 no recoge dicha terminología.
SAP Valladolid, 27-10-2003 (JUR 2004/75826)	*neurosis obsesiva* grave	Es algo imprecisa y aunque la CIE10 recoge el término *neurosis obsesiva* (F. 42), no lo desarrolla, por lo que sería más correcto usar los preceptos concretos: F. 42.0, 42.1, 42.2. El DSM5 no recoge dicha terminología.
SAP Sevilla, 6-8-2004 (EDJ 2004/170395)	TOC y seriamente mermada su capacidad para inhibir determinadas conductas	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics (300.3) Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Valencia, 30-11-2005 (EDJ 2005/288155)	TOC	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics (300.3) Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)

SAP Ciudad Real, 21-7-2006 (EDJ 2006/251746)	TOC que disminuye seriamente sus facultades intelectivas y volitivas	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Asturias, 14-9-2007 (JUR 2008/50854)	TOC grave que causa distorsión en el normal desarrollo psicosexual	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Zamora, 7-11-2007 (EDJ 2007/314359)	TOC crónico con mezcla de pensamientos y actos obsesivos	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
STSJ Comunidad Valenciana, 14-12-2007 (EDJ 2007/337975)	TOC que convierte transitoriamente al acusado en un enfermo mental muy agresivo que pierde el sentido de la realidad	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
STSJ Andalucía (Granada), 9-12-2008 (EDJ 2008/375256)	TOC que disminuía sus facultades mentales para darse cuenta de las consecuencias de sus actos y para controlar sus impulsos	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Zamora, 13-1-2009 (EDJ 2009/71539)	TOC crónico con mezcla de pensamientos y actos obsesivos que limitan ampliamente su capacidad para discernir y actuar conforme a derecho	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Cádiz, 18-1-2011 (EDJ 2011/376817)	TOC grave desde hace muchos años	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Cádiz, 19-1-2011 (EDJ 2011/376818)	TOC grave que anulaba sus facultades volitivas	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes.

		Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Cádiz, 21-1-2011 (EDJ 2011/376819)	TOC que anula totalmente su voluntad	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Granada, 2-2-2011 (EDJ 2011/228477)	TOC que afectaba a sus facultades volitivas	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Madrid, 12-12-2011 (EDJ 2011/321041)	TOC que produjo reacción en cortocircuito afectando a la capacidad volitiva	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Madrid, 24-2-2012 (EDJ 2012/31625)	TOC con numerosas manías exteriorizadas en un sinfín de ritos	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Madrid, 15-4-2013 (EDJ 2013/93799)	*neurótico obsesivo* dependiente de sus compulsiones	Entendemos que se trata de TOC con predominio de actos compulsivos (F. 42.1)
SAP Madrid, 17-4-2013 (EDJ 2013/87700)	TOC	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Madrid, 26-2-2014 (EDJ 2014/30626)	TOC que condiciona de forma moderada-grave su voluntad	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics (300.3) Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Lleida, 9-12-2015 (EDJ 2015/260899)	TOC y trastorno depresivo	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes.

		Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2). Especificar también el tipo de trastorno depresivo (F. 32 a F34)
SAP Sevilla, 22-2-2016 (EDJ 2016/64175)	TOC	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Madrid, 4-4-2016 (EDJ 2016/66374)	TOC con rasgos paranoides	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2) Si se diagnostica finalmente un trastorno psicótico, especificar cuál es y en base a qué trastorno se aprecia la atenuación de la pena
SAP Madrid, 27-5-2016 (EDJ 2016/71732)	Auténtica y desmedida obsesión y trastorno erotomaníaco	Es imprecisa. Entendemos que se trata de TOC con pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0). Si existiera también el trastorno delirante de tipo erotomaníaco (F. 22), especificar en base a qué trastorno se aprecia al atenuación de la pena
STS 14-7-2016 (EDJ 2016/110781)	TOC de larga evolución	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
SAP Madrid, 12-9-2016 (EDJ 2016/180625)	TOC	Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics (300.3) Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)

- **Trastornos disociativos:**

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	DIAGNÓSTICO ATRIBUIBLE
STS 9-10-2000 (EDJ 2000/35184)	fuga y amnesia disociativa y trastorno histriónico de la personalidad	Fuga disociativa (F. 44.1), Amnesia disociativa (F. 44.), Trastorno histriónico (F. 60.4). Especificar en base a qué trastorno se atenúa la pena
STS 22-2-2012 (Roj: 1373/2012)	trastorno disociativo *inespecífico*	Debería emplearse el término trastorno disociativo no especificado (F.44.9)
SAP Madrid, 16-11-2012 (EDJ 2012/303951)	trastorno disociativo y alteración de la conciencia con múltiples tipos de síntomas (*amnesia selectiva*)	Debería especificarse si se trata sólo de un trastorno disociativo (F.44.81) o bien, de un trastorno de amnesia disociativa (F.44.0). En cualquier caso, no existe el término "selectiva"
SAP Granada, 13-6-2016 (EDJ 2016/148783)	*síndrome* disociativo	Debería emplearse el término trastorno (F.44.81)

c. Resoluciones con diagnóstico impreciso y no atribuible:

- **Trastornos de ansiedad y mixto ansioso-depresivos:**

Tabla 21

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	ERRORES
STS 21-2-1978 (RJ 1978/483); STS 2-2-1979 (EDJ 1979/1127)	inestabilidad emocional, con *neurosis de angustia* y posibilidad de reacciones desproporcionadas ante determinados estímulos	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" está descatalogado y que no existe ningún diagnóstico que atienda a "trastorno de angustia", debería calificarse como un trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1) con inestabilidad emocional y reacciones desproporcionadas
STS 29-2-1988 (RJ 1988/1359)	brote reactivo de *neurosis* depresiva de *etiología vasculopática*	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" está descatalogado, no puede emplearse como tal, sino utilizando el término trastorno depresivo de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), o bien trastorno de depresión mayor, especificando si es episodio único o recurrente y la intensidad de la misma, o en otro caso, trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)
STS 27-5-1991 (EDJ 1991/5528)	*neurosis de angustia*, tipo depresiva	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" está descatalogado y que no existe ningún diagnóstico que atienda a "trastorno de angustia", debería calificarse como un trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2), puesto que recoge ansiedad y depresión
STS 5-10-1992 (RJ 1992/7736)	trastorno mental transitorio por reacción en cortocircuito de la	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" ya está descatalogado, este diagnóstico resulta del todo inco-

	neurosis depresiva	rrecto, debiendo utilizarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34 y 296.99) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)
STS 7-5-1993 (RJ 1993/3860)	*neurosis de angustia*	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" está descatalogado y que no existe ningún diagnóstico que atienda a "trastorno de angustia", debería calificarse como un trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
SAP Barcelona, 30-11-1996 (EDJ 1996/13128)	trastorno de *afectividad* que afecta levemente a la consciencia y la voluntad de sus actos	Debería utilizarse el término trastorno del humor (afectivos) incluido en la CIE-10 (F.38), especificando de qué tipo se trata o bien, acogerse a alguno de los descritos en el DSM-5 bajo el título trastornos depresivos, concretando la categoría
SAP Granada, 2-12-1996 (ARP 1996/1380)	*personalidad neurótica* con *crisis confuso-ansiosas*	Teniendo en cuenta que el término "personalidad neurótica" está descatalogado y que tampoco existe diagnóstico alguno que incluya las crisis confuso-ansiosas, debería describirse como un trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
STS 14-2-1997 (RJ 1997/1214)	trastorno de *angustia*	Teniendo en cuenta que no existe ningún diagnóstico que atienda a "trastorno de angustia", debería calificarse como un trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
SAP Alicante, 5-5-2000 (EDJ 2000/20856)	trastorno *maníaco depresivo* que le priva absolutamente de la posibilidad de comprender la ilicitud de su conducta	En la CIE-10 no se recoge capítulo alguno en los trastornos afectivos donde se incluyan episodios maníacos y en el DDM-5 se recoge expresamente que en los trastorno de depresión mayor no hay episodios maníacos o hipomaníacos. En todo caso, tenía que haber sido diagnosticado de trastorno de depresión mayor con marcado ánimo irritable. En todo caso, los síntomas maníacos o hipomaníacos darían lugar a un diagnóstico de trastorno bipolar I o II (especificadores para trastorno depresivos del DSM-5 - Característica mixta C)
SAP Jaén, 13-11-2000 (EDJ 2000/52765)	trastornos *neuróticos* depresivos que disminuía levemente la conciencia y voluntad de sus actos	Teniendo en cuenta que los trastornos neuróticos ya no se clasifican como tales sino en base a su sintomatología, debe usarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)
SAP Sevilla, 18-1-2001 (EDJ 2001/1726)	trastorno *neurótico* por depresión	Teniendo en cuenta que los trastornos neuróticos ya no se clasifican como tales sino en base a su sintomatología, debe usarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34 y 296.99) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)
SAP Valencia, 24-7-2001 (EDJ 2001/59186)	trastorno *de base neurótica* con rasgos *desadaptativos*	Teniendo en cuenta que el término "base neurótica" está descatalogado, debería emplearse trastorno de adaptación, especificando de qué tipo se trata
SAP Valladolid, 4-2-2002 (ARP 2002/306)	*episodio de angustia* y obsesión	Entendemos que el diagnóstico se referiría a un trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1) o bien, sería encajable en los trastorno obsesivo-compulsivos (F.42)

STSJ Murcia, 24-4-2002 (EDJ 2002/117650)	neurosis de ansiedad y angustia	Teniendo en cuenta que el término "angustia" se emplea como sinónimo de ansiedad, el diagnóstico debería ser trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
SAP Madrid, 19-2-2003 (EDJ 2003/85989)	trastorno de *angustia* y agorafobia	Puesto que la palabra "angustia" no se recoge en ningún manual y se utiliza en su lugar ansiedad, debería calificarse como un trastorno de ansiedad por agorafobia (F.40.00)
SAP Sevilla, 13-9-2004 (EDJ 2004/170402)	trastorno de *personalidad ansioso social*	Debería utilizarse el término trastorno de ansiedad social (F.40.10). Y si se refería a trastorno de la personalidad, en todo caso, trastorno de la personalidad antisocial (F.60.2)
SAP Badajoz, 16-9-2004 (EDJ 2004/148656)	trastorno adaptativo *mixto de la personalidad* con baja tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional, dificultad para controlar los impulsos y tendencia a realizar actos en cortocircuito	Debería utilizarse el término trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23) y suprimirse directamente "de la personalidad", puesto que nada tiene que ver con el trastorno adaptativo
SAP Tarragona, 29-4-2005 (EDJ 2005/277898)	trastorno *neurótico* con síntomas depresivos e ideas de autolisis	Teniendo en cuenta que los trastornos neuróticos ya no se clasifican como tales sino en base a su sintomatología, debe usarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)
SAP Cuenca, 2-5-2005 (EDJ 2005/58942)	trastorno *depresivo disocial*	Debería utilizarse el término trastorno adaptativo con predominio de alteraciones disociales (F. 43.24) o mixta de emociones y disociales (F. 43.25). Y en el caso del DSM-5, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o bien, con alteración de la conducta o con alteración mixta de las emociones y conducta
SAP Cáceres, 2-6-2005 (EDJ 2005/71998)	trastorno *maniaco depresivo* con crisis	En la CIE-10 no se recoge capítulo alguno en los trastornos afectivos donde se incluyan episodios maníacos y en el DSM-5 se recoge expresamente que en los trastorno de depresión mayor no hay episodios maníacos o hipomaníacos. En todo caso, tenía que haber sido diagnosticado de trastorno de depresión mayor con marcado ánimo irritable. En todo caso, los síntomas maníacos o hipomaníacos darían lugar a un diagnóstico de trastorno bipolar I o II (especificadores para trastorno depresivos del DSM-5 - Característica mixta C)
SAP Albacete, 27-9-2005 (EDJ 2005/180573)	trastorno *de angustia*	Teniendo en cuenta que el término "angustia" se emplea como sinónimo de ansiedad, el diagnóstico debería ser trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
SAP Sevilla, 18-4-2006 (EDJ 2006/296280)	trastorno *desadaptativo* y *síndrome depresivo secundario*	Debería emplearse el término trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido (F.43.21), especificando si es agudo (hasta 6 meses) o persistente (6 meses o más). El síndrome depresivo secundario no se recoge como tal en ningún Manual
SAP Madrid, 19-5-2006 (JUR 2006/289417)	*neurosis* con rasgos depresivos	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" ya está descatalogado, este diagnóstico resulta del todo incorrecto, debiendo utilizarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)

SAP Murcia, 13-9-2006 (JUR 2006/258153)	trastorno adaptativo mixto con sintomatología de *estirpe afectiva*	Debería emplearse trastorno de adaptación con ansiedad mista y estado de ánimo deprimido (F.43.23). El término "estirpe afectiva" no se recoge
SAP León, 2-10-2006 (EDJ 2006/307609)	estructura de *neurosis* obsesiva con anteriores episodios violentos y problemas con el alcohol	Suprimir el término neurosis y atribuir un diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo, especificando qué tipo: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Además, especificar si está relacionado con tics
SAP Ciudad Real, 28-3-2007 (EDJ 2007/120821)	trastorno mixto adaptativo de personalidad	Debería utilizarse el término trastorno de adaptación, especificando el tipo y suprimirse directamente "de la personalidad", puesto que nada tiene que ver con el trastorno adaptativo
SAP Madrid, 26-9-2007 (EDJ 2007/217584)	trastorno de personalidad por estrés agudo que afecta al control de los impulsos	Debería emplearse el término trastorno de adaptación por estrés agudo (F.43.0)
SAP Madrid, 29-5-2008 (EDJ 2008/115169)	trastorno de *afectividad*, siendo manipulable y manejable	Debería utilizarse el término trastorno del humor (afectivos) incluido en la CIE-10 (F.38), especificando de qué tipo se trata o bien, acogerse a alguno de los descritos en el DSM-5 bajo el título trastornos depresivos, concretando la categoría
SAP La Rioja, 17-4-2009 (EDJ 2009/84163)	situación de estrés y conflicto laboral, que fue aumentando paulatinamente, hasta que comenzó a comportarse de modo extravagante, diciendo y haciendo cosas que posteriormente no recordaba	Debería emplearse el término trastorno de estrés agudo (F.43.0)
SAP Vizcaya, 30-4-2010 (EDJ 2010/249120)	*trastorno del comportamiento* asociado a un fondo depresivo	Los trastornos del comportamiento van asociados siempre a disfunciones fisiológicas y factores somáticos (F. 50-59), a trastornos de la personalidad inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas (F.10-F.19) a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales (F. 07), a trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F.60-F.69), a otros relacionados con las emociones en la infancia y adolescencia (F.90-F.98). En el caso del DSM-5, no existe diagnóstico de trastorno del comportamiento, lo más cercano que podemos señalar son los trastornos de la conducta, que se encuentran en la categoría de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. En cualquier caso, habría que especificar claramente qué tipo de trastorno es en base a las actuales clasificaciones diagnósticas
SAP Valencia, 25-11-2010 (EDJ 2010/347803)	*depresión con trastorno adaptativo* y sentimiento de incapacidad, irritabilidad y agresividad con sintomatología compatible con intentos de autolisis	Debería emplearse el término trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
SAP Sevilla, 15-3-2012 (EDJ 2012/291893)	nivel muy elevado de *angustia* con limitación de capacidad de autocontrol	Teniendo en cuenta que el término "angustia" se emplea como sinónimo de ansiedad, el diagnóstico debería ser trastorno de ansiedad generalizada (F.41.1)
SAP León, 26-3-2013 (EDJ 2013/75992)	*neurosis* depresiva	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" ya está descatalogado, este diagnóstico resulta del todo incorrecto, debiendo utilizarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de

		desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)
SAP Madrid, 23-4-2014 (EDJ 2014/86016)	alteración mixta de emociones y conducta, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, irresponsabilidad persistente respecto de obligaciones	Debería aplicarse el término trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25)
SAP Barcelona, 9-9-2014 (EDJ 2014/220220)	trastorno adaptativo con predominio de alteraciones de otras emociones y *trastorno de inestabilidad emocional*	Debería emplearse el término trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25), especificando si es: agudo, persistente o crónico. El "trastorno de inestabilidad emocional" no se recoge como tal
STS de 31-3-2016 (EDJ 2016/30689)	*neurosis* depresiva	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" ya está descatalogado, este diagnóstico resulta del todo incorrecto, debiendo utilizarse el término trastorno del humor (afectivo) con episodio depresivo y añadir la intensidad del mismo (F. 32) o bien, trastorno del humor (afectivo) persistente o trastorno depresivo de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F. 34) o trastorno depresivo persistente (distimia) (F.34.1)

- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):**

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	ERRORES
STS 3-4-1945 (RJ 1945/543)	caso extremo de obsesiones e impulsos irresistibles	Imprecisa
STS 12-6-1982 (RJ 1982/3522)	*neurosis obsesiva* de tipo sexual	Imprecisa
SAP Barcelona, 20-3-2006 (EDJ 2006/25497)	disfunción sexual que se traducía en una *neurosis compulsiva*	Imprecisa. Además se mezclan tipos de trastornos que nada tienen que ver
SAP Barcelona, 6-11-2009 (EDJ 2009/322636)	*trastorno compulsivo adictivo* sin resultar gravemente afectada la conciencia ni la voluntad	Imprecisa

- **Trastornos disociativos:**

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	ERRORES
STS 24-12-1990 (EDJ 1990/11943)	trastorno disociativo (*fuga psicógena*), que se acompaña de amnesias y de explosiones de violencia. No existe el término "fuga psicógena"	Debería emplearse el término amnesia disociativa con fuga disociativa (300.13 y F.44.1)
STS 25-1-2005 (EDJ 2005/13299)	trastorno disociativo *de la personalidad*	Debería suprimirse el término "de la personalidad", puesto que los trastornos de personalidad están referidos a otras patologías que nada tienen que ver con los disociativos

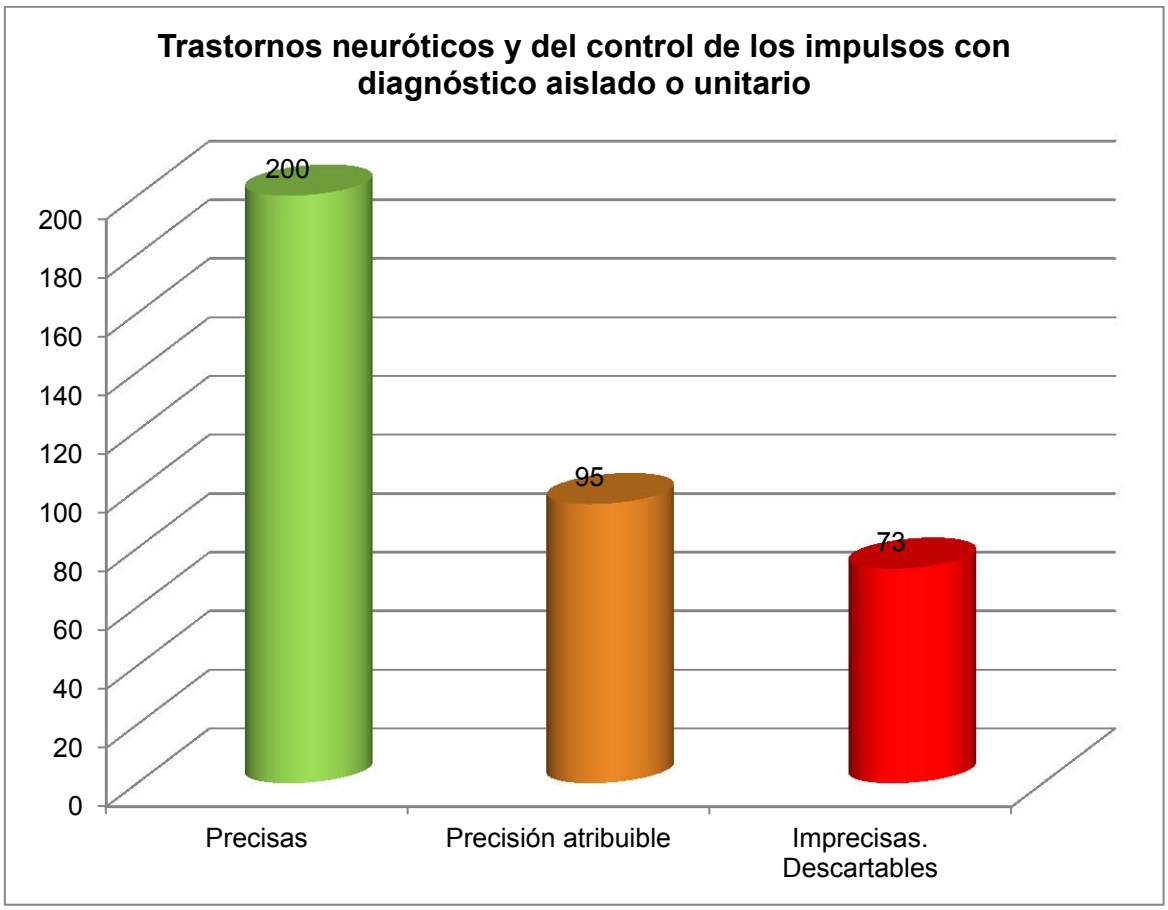
SAP Navarra, 10-10-2007 (EDJ 2007/311858)	Trastorno disociativo con *histeria* y narcisismo	El término "histeria" no se ha usado en el título de ninguno de los trastornos del capítulo V de la CIE-10 debido a sus muchos y variados significados. En lugar de ello, se ha preferido el término "disociativo" para englobar a trastornos que previamente se llamaban histeria, tanto disociativos como de conversión.

- **Trastornos neuróticos sin especificación:**

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	ERRORES
STS 16-4-1902 (Sentencia citada por LÓPEZ SAIZ, I. y CODÓN, J.M.: *Psiquiatría jurídica penal y civil, 3ª* ed, Aldecoa, Burgos 1969 ; p. 555)	estado de locura parcial con impulsiones	Imprecisa y con terminología descatalogada
STS 10-3-1947 (RJ 1947/379)	muy limitada inteligencia, escasa instrucción y débil voluntad. obsesión fuerte con la infidelidad de su esposa	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 13-10-1971 (RJ 1971/3800)	síndrome neurótico	Imprecisa y con terminología descatalogada
STS 15-10-1974 (RJ 1974/3911)	neurosis	Imprecisa y con terminología descatalogada
STS 21-2-1978 (EDJ 1978/651)	aparición brusca, instantánea o fulgurante con irrupción en el intelecto del sujeto activo, con origen patológico o no patológico, admitiéndose hoy en día incluso que se trate de una agudización súbita, producida por estímulos internos o externos, de un proceso morboso de carácter duradero, padecido por el agente	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 18-10-1979 (EDJ 1979/1580)	trastornos neuróticos	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 2-6-1980 (EDJ 1980/1903)	toxicomanía de tipo neurótico	Imprecisa, sin diagnóstico determinado y mezclando patologías
STS 17-12-1980 (EDJ 1980/2613)	neurosis histérica de carácter leve	Imprecisa y con terminología descatalogada
STS 16-10-1985 (ROJ: 1260/1985)	neurosis	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 24-5-1989 (RJ 1989/4251)	neurosis explosiva	Imprecisa, sin diagnóstico determinado y con terminología inexistente
STS 5-12-1989 (EDJ 1989/10910)	trastorno mentales nerviosos que le afectan y que se muestran en inestabilidad emocional, sin anular o debilitar de forma notable la voluntad	Imprecisa y con terminología descatalogada
STS 14-7-1992 (EDJ 1992/7838)	personalidad con rasgos neuróticos	Imprecisa y con terminología descatalogada

STS 26-10-1992 (EDJ 1992/10480)	neurosis pasional	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 7-11-1993 (EDJ 1993/9959)	trastorno mental estructurado en cuadro neurótico que le lleva a la disfunción sexual, conociendo el valor antijurídico de sus actos, no así la auténtica motivación de los mismos	Imprecisa y con terminología descatalogada
STS 3-12-1993 (ROJ: 8343/1993)	neurosis grave rayana en la la psicosis	Imprecisa. Si realmente existe un trastorno psicótico, hay que valorar cuál es y en base a qué trastorno se aprecia la atenuación de la pena
STS 15-10-1994 (RJ: 7920/1994)	personalidad con rasgos neuróticos, con carácter introvertido y problemas de adaptación social. Impulsivo	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 24-5-1996 (RJ: 4558/1996)	alteración neurótica de la personalidad; pautas de conducta muy rígidas que le llevan al perfeccionismo crónico	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STSJ 20-11-1997 (EDJ 1997/16293)	neurosis que provocaba tener disminuida de forma importante la capacidad para controlar los impulsos	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
STS 10-6-1999 (LA LEY 6577/1999)	Neurosis o trastorno mixto de la personalidad, con desviación sexual y consumo excesivo de drogas y alcohol	Imprecisa y mezclando diagnósticos
SAP Málaga, 27-4-2000 (EDJ 2000/51888)	trastorno disocial con muy alto grado de neuroticismo	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Girona, 8-6-2000 (EDJ 2000/32984)	neurosis que bordea una psicopatía	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Barcelona, 17-10-2001 (JUR 2001/23948)	acusados rasgos de neuroticismo en grave situación personal de crisis emocional	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Granada, 22-2-2008 (EDJ 2008/174899)	Rasgos de personalidad neurótica	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
SAP Zaragoza, 27-1-2009 (EDJ 2009/100444)	trastorno neurótico que disminuye sus capacidades de conocer y decidir	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Zaragoza, 25-3-2009 (EDJ 2009/71633)	complejo conjunto sintomático psicológico-psiquiátrico con síntomas obsesivos, afectivos y de personalidad que pueden disminuir, no anular, las capacidades volitivas	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Ciudad Real, 6-7-2010 (EDJ 2010/151588)	trastorno neurótico y trastorno histriónico de la personalidad que le limitaba gravemente su capacidad para conocer el alcance de sus actos y controlar congnoscitivamente sus esquemas de decisión	Imprecisa y con terminología descatalogada
ATS 1969/2010, 7-10-2010 (Roj: 13667/2010)	neurosis	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Zaragoza, 31-10-2011 (EDJ 2011/264681)	reacción con descontrol neurótico en las situaciones de tensión	Imprecisa, sin diagnóstico determinado
ATS 17-1-2013 (Roj: 236/2013)	trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite con carácter neurótico	Imprecisa y con terminología descatalogada
SAP Tarragona, 22-7-2013 (EDJ 2013/207977)	trastorno inespecífico de conducta con poco control de la impulsividad	Imprecisa y con terminología descatalogada

Figura 15. Resoluciones según la precisión de la terminología empleada y la correspondencia con los diagnósticos de los manuales internacionales:



En resumen podríamos decir que aunque resulta cierto que la mayoría de las resoluciones han presentado una redacción correcta y dentro de los parámetros objetivos de la precisión en cuanto a la terminología utilizada, también existe un número relativamente significativo de ellas que o bien son susceptibles de mejora a través de la modificación de algunos términos o de la inclusión de datos complementarios, o bien al ser completamente imprecisas, se consideran descartables en cuanto a la doctrina jurisprudencial asentada.

4. Datos jurisprudenciales relativos a las medidas de seguridad decretadas en las resoluciones judiciales

a) Medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico

En el caso de los trastornos neuróticos, la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico ha sido aplicada en casos donde los diagnósticos eran los siguientes: grave neurosis obsesivo-compulsiva y componentes paranoicos[318]; síndrome obsesivo permanente grave[319]; neurosis de carácter homologable en el CIE-10 de la OMS a un trastorno de la personalidad sin especificación que afecta al control de sus impulsos, disminuyendo de forma grave, sin llegar a anularla su capacidad volitiva[320]; trastorno ansioso-depresivo, con depresiones y alteraciones mentales[321], trastorno depresivo, debilidad mental y trastorno de conducta[322], trastorno adaptativo con deterioro importante del comportamiento y sintomatología disocial[323], trastorno ansioso-depresivo con conductas impulsivas[324], trastorno de identidad disociativo[325], trastorno límite de personalidad con agresividad extrema y nula contención de los impulsos[326], trastorno del control de los impulsos no especificado[327], trastorno explosivo intermitente (control de los impulsos)[328], trastornos afectivos con merma notable de capacidad de autocontrol[329], trastorno de impulsividad con crisis de agresividad y abuso de sustancias[330], trastorno disociativo crónico[331], ludopatía[332] y piromanía[333]. Señalamos también una resolución donde se aplica eximente incompleta, decretándose la medida de internamiento en régimen cerrado en un primer periodo y la medida de libertad vigilada para un segundo[334], TOC grave[335].

---

[318] STS de 13 de septiembre de 2002 (RJ 2002/8942);
SAP Baleares, de 17 de junio de 2011 (EDJ 2011/153492).
[319] STS de 13 de octubre de 2001 (RJ 2001/9467/EDJ 2001/40444).
[320] STS de 20 de diciembre de 1996 (RJ 1996/9662/EDJ 1996/10379).
[321] STS de 2 de febrero de 2011 (ROJ: 691/2011); SAP Madrid, de 21 de diciembre de 2012 (EDJ 2012/312759).
[322] SAP de Madrid, de 18 de junio de 2014 (EDJ 2014/159303).
[323] SAP Madrid, de 4 de mayo de 2004 (EDJ 2004/138392)
[324] SAP Cáceres, de 17 de febrero de 2009 (EDJ 2009/44565)
[325] STS de 2 de noviembre de 2011 (EDJ 2011/262993).
[326] SAP Almería, de 24 de febrero de 2012 (EDJ 2012/350195); SAP Madrid, de 20 de diciembre de 2012 (EDJ 2012/337405); SAP Almería, de 5 de junio de 2012 (EDJ 2012/351036).
[327] SAP Pontevedra, de 30 de mayo de 2000 (EDJ 2000/46626).
[328] SAP Sevilla, de 18 de mayo de 2006 (EDJ 2006/357368).
[329] SAP de León, de 18 de junio de 2008 (EDJ 2008/180921).
[330] SAP de Madrid, de 5 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/310587).
Se aprecia atenuante analógica muy cualificada.
[331] SAP Salamanca, de 23 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/306401); SAP de Alicante, de 19 de octubre de 2010 (EDJ 2010/279878); SAP A Coruña, de 15 de marzo de 2011 (EDJ 2011/50437); SAP Granada, de 13 de junio de 2016 (EDJ 2016/148783).
[332] SAP Navarra, de 2 de junio de 2005 (EDJ 2005/129042); SAP Barcelona, de 15 de febrero de 2010 (EDJ 2010/16763).
[333] SAP Ciudad Real, de 30 de marzo de 2006 (EDJ 2006/72225); SAP de Lleida, de 15 de mayo de 2008 (EDJ 2008/100298).
[334] SAP Cuenca, de 2 de mayo de 2005 (EDJ 2005/58942).

b) Medida de seguridad de internamiento en centro de deshabituación

La medida de internamiento en centro de deshabituación ha sido apreciada a consecuencia de un trastorno límite de personalidad y trastorno de depresión mayor e intoxicación semiplena a la heroína, cocaína y alcohol[336]. También en el caso de un sujeto afectado por ansiedad, depresión psicótica, episodios depresivos, abuso de cocaína y personalidad de rasgos inestables[337] y para el supuesto de trastorno ansioso depresivo y consumo de estupefacientes que disminuyen la capacidad del sujeto[338].

c) Medida de seguridad de tratamiento ambulatorio o externo

En relación a la medida de seguridad de tratamiento ambulatorio o sumisión a tratamiento externo en centro médico adecuado a su enfermedad en caso de trastornos neuróticos, se han encontrado las siguientes resoluciones: aplicación de eximente completa por reacción de estrés agudo[339], eximente incompleta por diversos trastornos psicológicos[340], eximente incompleta por trastorno ansioso-depresivo importante de larga evolución[341], eximente incompleta por trastorno adaptativo mixto (depresión-ansiedad) con rasgos psicóticos[342], eximente incompleta en un caso de trastorno distímico, ludopatía y rasgos paranoides[343], eximente incompleta por trastorno de personalidad por evitación (piromanía) y trastorno depresivo[344], eximente completa por trastorno disociativo[345], eximente incompleta por personalidad conflictiva, heteroagresiva, con rasgos obsesivos de la personalidad que le afecta al control de los impulsos, a la que se añade prohibición del derecho a la tenencia y porte de armas[346], eximente incompleta por TOC que disminuye seriamente sus facultades intelectivas y volitivas, a la que se añade privación del derecho a la tenencia y porte de armas[347], eximente incompleta por trastorno de personalidad límite y trastorno disociativo[348], eximente completa por trastorno explosivo intermitente (del control de los impulsos)[349], eximente incompleta por trastorno adaptativo con alteraciones de las emociones y del comportamiento, con posible trastorno de la personalidad[350], eximente incom-

[335] STS de 13 de septiembre de 2002 (EDJ 2002/39411); SAP Cádiz, de 18 de enero de 2011 (EDJ 2011/376817); SAP Cádiz, de 19 de enero de 2011 (EDJ 2011/376818); SAP Cádiz, de 21 de enero de 2011 (EDJ 2011/376819);SAP Valladolid, de 27 de octubre de 2003 (JUR 2004/75826).
[336] SAP Vizcaya, de 13 de julio de 2012 (EDJ 2012/344117).
[337] SAP Madrid, de 29 de julio de 2005 (EDJ 2005/268456).
[338] SAP Navarra, de 17 de mayo de 2006 (EDJ 2006/104401).
[339] SAP Madrid, de 5 de mayo de 2000 (EDJ 2000/21040); SAP Navarra, de 10 de octubre de 2014 (EDJ 2014/202680).
[340] SAP Madrid, de 16 de junio de 2011 (EDJ 2011/192280).
[341] SAP Sevilla, de 1 de marzo de 2011 (EDJ 2011/106740).
[342] SAP Burgos, de 5 de octubre de 2000 (EDJ 2000/50300).
[343] SAP Burgos, de 4 de febrero de 2002 (EDJ 2002/13677).
[344] SAP Teruel, de 16 de enero de 2003 (EDJ 2003/3609).
[345] SAP Sevilla, de 21 de abril de 2005 (EDJ 2005/74716).
[346] SAP Valladolid, de 14 de junio de 2005 (EDJ 2005/89303).
[347] SAP Ciudad Real, de 21 de julio de 2006 (EDJ 2006/251746);
SAP Baleares, de 19 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/320455).
[348] SAP Málaga, de 17 de marzo de 2008 (EDJ 2008/386732).
[349] SAP Tarragona, de 7 de julio de 2008 (EDJ 2008/171558).
[350] SAP Ávila, de 22 de enero de 2009 (EDJ 2009/63563).

pleta por trastorno neurótico e interpretación alterada de la realidad con componente elevado de rumiación excesiva e ideas paranoides de perjuicio relativas a su relación vecinal[351], eximente incompleta por trastorno ansioso depresivo con conductas impulsivas e irreflexivas[352], eximente incompleta por trastorno de conversión, hipocondría y TOC, patologías que, asociadas a la ingesta de tóxicos, potencia su agresividad[353], eximente completa por situación de estrés y conflicto laboral, que fue aumentando paulatinamente, hasta que comenzó a comportarse de modo extravagante, diciendo y haciendo cosas que posteriormente no recordaba (se prevé internamiento si con el tratamiento ambulatorio no mejora)[354], atenuante analógica por trastorno de adaptación y del control de los impulsos[355], eximente completa por trastorno orgánico de la personalidad que se caracteriza por la presencia de conducta desinhibida, alteración en el control de impulsos y distorsión en la apreciación de la realidad, alteración del comportamiento, la expresión y del juicio[356], eximente incompleta por trastorno depresivo y TOC[357], eximente completa por trastorno de personalidad con rasgos de inestabilidad emocional y especialmente con alteraciones del control de la impulsividad, que cursó con alcohol[358], eximente incompleta por trastorno neurótico y trastorno histriónico de la personalidad[359], eximente completa por ansiedad, depresión y rasgos de enfermedad paranoica[360], eximente incompleta por TOC[361], eximente incompleta por trastorno ansioso-depresivo importante de larga evolución[362], eximente completa por trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo y trastorno de personalidad mixto[363], eximente incompleta por trastorno de ansiedad, trastorno anancástico (TOC) y consumo perjudicial de alcohol, cannabis y cocaína, a la que se añade prohibición de tenencia y porte de armas[364].

d) Medida de seguridad de internamiento en centro educativo especial

En relación a la medida de internamiento en centro educativo especial, hallamos un caso donde el sujeto es sordomudo y además padece un TOC[365].

[351] SAP Zaragoza, de 27 de enero de 2009 (EDJ 2009/100444).
[352] SAP Cáceres, de 17 de febrero de 2009 (EDJ 2009/44565).
[353] SAP Castellón, de 6 de abril de 2009 (EDJ 2009/364583).
[354] SAP La Rioja, de 17 de abril de 2009 (EDJ 2009/84163).
[355] SAP Murcia, de 23 de marzo de 2011 (EDJ 2011/73070): *la Sala aplica atenuante analógica por le trastorno y sin embargo también decreta medida de seguridad.*
[356] SAP Teruel, de 15 de octubre de 2009 (EDJ 2009/282157).
[357] SAP Alicante, de 9 de abril de 2010 (EDJ 2010/103385).
[358] SAP Madrid, de 29 de junio de 2010 (EDJ 2010/165506).
[359] SAP Ciudad Real, de 6 de julio de 2010 (EDJ 2010/151588).
[360] SAP A Coruña, de 30 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/315687).
[361] SAP Granada, de 2 de febrero de 2011 (EDJ 2011/228477).
[362] SAP Sevilla, de 1 de marzo de 2011 (EDJ 2011/106740).
[363] SAP Valladolid, de 28 de abril de 2011 (EDJ 2011/95172).
[364] SAP Madrid, de 26 de mayo de 2014 (EDJ 2014/154570).
[365] SAP Santa Cruz de Tenerife, de 19 de mayo de 1999 (EDJ 1999/17456).

e) Medida de seguridad de libertad vigilada

También podemos mencionar una resolución donde se aprecia eximente incompleta por trastorno inespecífico de conducta con poco control de la impulsividad[366], donde se impone la medida de libertad vigilada con obligación de someterse a tratamiento médico o a un control periódico en relación a su trastorno y otra donde se aprecia eximente completa con la misma medida de seguridad[367]. Y en relación, la *SAP de Madrid, de 6 de febrero de 2002 (EDJ 2002/20824)* apreciando eximente completa, establece que la medida de seguridad será impuesta una vez el sujeto sea valorado por la clínica médico forense psiquiátrica. En el caso de la *SAP de A Coruña, de 27 de marzo de 2002 (JUR 2002/163288)*, se acuerda que la medida de seguridad será impuesta en ejecución de sentencia.

f) Otras medidas de seguridad

En el caso particular de los delitos del título VIII del Libro II (Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales), se prevé en el art. 192 CP que a los condenados a pena de prisión por uno o más delitos comprendidos en dicho título, se les impondrá además la medida de libertad vigilada, que se ejecutará con posterioridad a la pena privativa de libertad. La duración de dicha medida será de cinco a diez años, si alguno de los delitos fuera grave, y de uno a cinco años, si se trata de uno o más delitos menos graves. Encontramos a este respecto una resolución que aprecia una atenuante analógica por trastornos psicológicos en un caso de corrupción de menores, abusos sexuales y posesión de pornografía infantil, y además se establece la medida de libertad vigilada por un periodo de tres años[368]. En el mismo sentido, hallamos otra resolución donde también se aprecia atenuante analógica y se aplica la medida de seguridad de internamiento por seis años en un caso de agresión sexual[369] y otra por tres delitos de agresión sexual con medida de internamiento de nueve años[370].

En cuanto a la medida de privación del derecho a la tenencia y porte de armas, hallamos las siguientes resoluciones: eximente incompleta por padecer trastorno de ansiedad que en situaciones de crisis presenta episodios de agresividad[371], plena imputabilidad padeciendo el sujeto trastorno de adaptación con alteración mixta de la emoción y trastornos depresivos[372], eximente incompleta por trastorno adaptativo con predominio de alteraciones de otras emociones y trastorno de inestabilidad emocional[373].

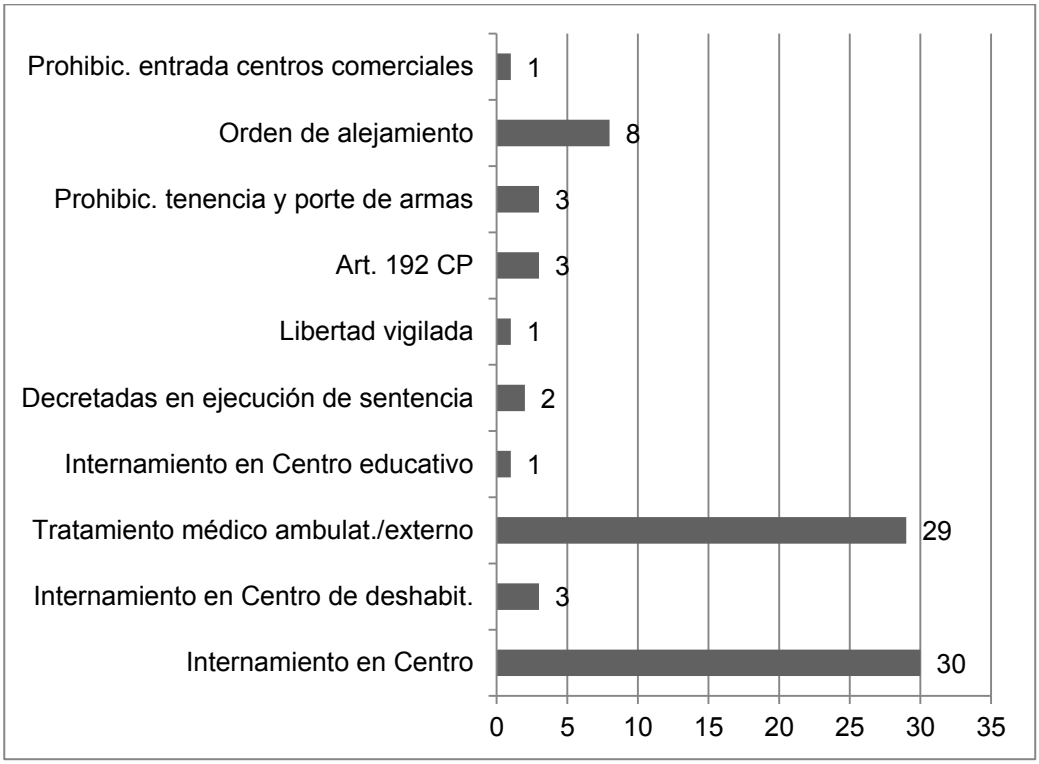
En relación a la prohibición de comunicación y orden de alejamiento, hallamos las siguientes resoluciones: eximente incompleta por trastorno adaptativo mixto en delito de maltrato

[366] SAP Tarragona, de 22 de julio de 2013 (EDJ 2013/207977).
[367] SAP Madrid, de 22 de octubre de 2014 (EDJ 2014/237348).
[368] SAP Barcelona, de 19 de julio de 2013 (EDJ 2013/200536).
[369] SAP Burgos, de 13 de febrero de 2004 (EDJ 2004/202249).
[370] SAP Madrid, de 4 de mayo de 2004 (EDJ 2004/138392).
[371] SAP Valencia, de 4 de marzo de 2011 (EDJ 2011/64554).
[372] SAP Madrid, de 7 de julio de 2014 (EDJ 2014/165762).
[373] SAP Barcelona, de 9 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/220220).

familiar[374], eximente incompleta por trastorno depresivo de varios años, rasgos de dependencia emocional, impulsividad, baja autoestima y ansiedad. Reacción de estrés agudo en delito de homicidio en grado de tentativa[375], eximente incompleta por trastorno angustia y episodio depresivo, además trastorno histriónico de la personalidad en delito de malos tratos[376], eximente incompleta por trastorno de personalidad, del estado de ánimo y de ansiedad que agravaron un proceso celotípico[377], eximente incompleta por TOC grave que causa distorsión en el normal desarrollo psicosexual en delito de agresión sexual y maltrato[378], TOC con rasgos paranoides[379].

También encontramos la *STS de 12 de mayo de 2010 (EDJ 2010/84214)* donde se decreta la medida de seguridad de prohibición de entrar en los centros comerciales, habiéndose aplicado eximente completa por cleptomanía en un delito de hurto.

Figura 16. Medidas de seguridad acordadas en resoluciones judiciales en relación a trastornos neuróticos y del control de los impulsos con diagnóstico aislado/unitario:



[374] SAP Murcia, de 13 de septiembre de 2006 (JUR 2006/258153);
SAP Barcelona, de 9 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/220220);
SAP Santa Cruz de Tenerife, de 29 de septiembre de 2016 (EDJ 2016/200650).
[375] SAP Barcelona, de 26 de abril de 2011 (EDJ 2011/137567).
[376] SAP Madrid, de 30 de enero de 2012 (EDJ 2012/30680).
[377] SAP Zaragoza, de 26 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/211852).
[378] SAP Asturias, de 14 de septiembre de 2007 (JUR 2008/50854).
[379] SAP Madrid, de 4 de abril de 2016 (EDJ 2016/66374).

XIII. DISCUSIÓN GENERAL

En relación a la formulación normativa del mencionado art. 20.1 CP, apunta MATEO AYALA que "la situación legal creada por el Código, en cuanto a los efectos psicológicos, no deja de sorprender cuanto más, si tenemos en cuenta que bien pudiera generarse situaciones de auténtica discriminación respecto de determinados trastornos que podrían quedar fuera de las hipótesis incluidas en la eximente del art. 20.1 CP, al quedar abolidas o mermadas facultades psíquicas como las anteriormente expuestas, distintas en cualquier caso, de la inteligencia y la voluntad[380]. Señala IGLESIAS RIO que el Código Penal no atiende a todas las nociones científicas que sistematizan la imputabilidad, sino sólo a la inteligencia y la voluntad y por tanto, "existe un amplio abanico de facultades psíquicas y de posibles anomalías o alteraciones que pueden influir en el comportamiento sin menoscabo de la esfera intelectiva o volitiva"[381]. Y por último, MARTÍNEZ GARAY considera que las referencias a la afectación de la inteligencia y la voluntad "resultan insuficientes y poco exactas desde el punto de vista de la Psicología y la Psiquiatría modernas. La inteligencia es sólo una de las funciones que permiten la comprensión y el razonamiento sobre los fenómenos, por lo que es preferible sustituirla como criterio por el más amplio de sistema cognitivo o capacidades cognitivas, que incluye también otras funciones como la percepción, atención, memoria, imaginación, abstracción, comprensión, razonamiento, etc"[382].

Desde nuestro punto de vista, algo menos crítico, la modificación del art. 20.1 CP ha supuesto una nomenclatura de las anomalías o alteraciones psíquicas mucho más respetuosa, sutil y amplia que la utilizada anteriormente, permitiendo la inclusión de cualquier patología siempre y cuando ésta incida en las facultades del sujeto, evitando la necesidad de someter el código a continuas reformas y evitando generar desprotección, porque finalmente, como establece URRUELA MORA: "No resulta evidente que aquellas facultades distintas de las intelectivas y volitivas y que incidan en el actuar humano no sean reconducibles a alguna de las categorías, siquiera por vía de abstracción"[383].

Puesto que la imputabilidad tiene un carácter regulable, se hace absolutamente necesario que atendamos a la valoración del caso concreto, ya que el sólo padecimiento del trastorno no implica necesariamente que la misma afecte a las capacidades del sujeto, por lo que el Juez debería contar con un informe preciso que le haga decidir de forma personalizada acerca del grado de imputabilidad del sujeto en cuestión, aplicando así atenuante, eximente completa o incluso, descartando dichas posibilidades, decretando la plena imputabilidad del mismo.

En los últimos años tanto la Psiquitaría como la Psicología Forense se encuentran ante una demanda cada vez más acentuada de informes periciales en materia penal con objeto de

---

[380] MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el código penal español*, 1ª ed, Edersa, Madrid 2003, p. 138.
[381] IGLESIAS RIO, M.A.: "La eximente de anomalía o alteración psíquica (art. 20.1 CP). Una problemática abierta hacia el futuro científico" en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Tomo 56, Fasc/mes 1, 2003, p. 162.
[382] MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad penal. concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, Tirant lo Blanch, Valencia 2005, p. 361.
[383] URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica. La capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*, Comares Bilbao-Granada 2004, p. 173.

diagnosticar por una lado el presupuesto biológico y de valorar por otro, el efecto psicológico de la psicopatología padecida por el investigado sobre el delito cometido, con las importantes repercusiones legales que se desprenden de las conclusiones de los informes, que si bien no serán nunca vinculantes para el juzgador, suelen tener un peso considerable en sus decisiones.

En relación al informe psiquiátrico/psicológico forense en en el procedimiento penal, el valor que se le da es solo informativo, sin vinculación para la decisión final del juez enjuiciador. A nuestro parecer es correcta la aplicación de la sana crítica y la lógica, como establece nuestra normativa, pero no así el carácter no vinculante de los mencionados informes porque el hecho de dejar la redacción de las resoluciones relativas a trastornos mentales en manos tan sólo de de juristas lleva, como hemos visto en los resultados de la presente investigación, a imprecisiones y a la utilización inadecuada y a veces, desfasada, de la terminología relativa a la Psiquiatría actual, porque tengamos en cuenta que que los jueces están instruidos en Derecho pero no en Medicina ni en Psicología. No ponemos en duda que el encargado final de tomar la decisión acerca de la imputabilidad de acusado sea irrefutablemente el Juez o Tribunal enjuiciador, pero entendemos que el resultado de la resolución a dictar sería más certero y acertado si la misma se basara de forma obligatoria en el contenido del(os) informe(s) pericial(es) incluidos en los Autos.

De hecho y ateniéndonos a los resultados extraídos del estudio de las resoluciones, el "diagnóstico jurídico*"* que se hace en ocasiones es del todo impreciso, vago y poco fundamentado. Se deduce que por parte de los juristas existe poca formación en la materia, lo que lleva en muchas ocasiones a definir los trastornos con nomenclatura no científica y desactualizada.

La revisión de la doctrina jurisprudencial, permite observar de cerca la enorme confusión conceptual que existe en el ámbito jurídico al respecto de los trastornos conocidos como neuróticos. Véanse al respecto los resultados obtenidos en el presente estudio:

Resoluciones con precisión diagnóstica en casos de trastornos neuróticos aislados: 200.

Resoluciones con precisión atribuible en casos de trastornos neuróticos aislados: 95.

Resoluciones imprecisas y descartables en casos de trastornos neuróticos aislados: 73.

Ciertamente, en relación a los trastornos del control de los impulsos, al ser más fácilmente detectables en cuanto a diagnóstico y nomenclatura, su inclusión en las resoluciones judiciales resulta más sencillo, encajan mejor con las clasificaciones de los manuales y requieren menos especifidades o concreciones que los neuróticos. Por tanto, siempre encontraremos las resoluciones dentro del grupo de las precisas. Hay que reconocer que la evaluación psicológica forense en el caso de los sujetos que padecen algún tipo de trastorno neurótico se hace más compleja porque a las características de estas patologías: su perfil como estadíos límite de un rango de normalidad y su carácter de situaciones desadapatativas, se suma su difícil encuandre y su complejo diagnóstico. La jurisprudencia no ha tenido un consenso claro respecto a estas patologías (ni en su aceptación como enfermedad mental, conceptualización básica, subtipos, etiología, curso, posibilidades terapéuticas,...), ni siquiera después de que los trastornos conocidos como neuróticos se introdujesen en las nosologías diagnósticas. Es por ello que nos encontramos las más diversas resoluciones, en muchos casos imprecisas y con falta de rigor en cuanto a la terminología.

Por ello, entendemos que las periciales futuras deben elaborarse conforme a las clasificaciones establecidas en los manuales de diagnóstico en vigor, para que sean actuales y se adapten mejor a los criterios de diagnóstico establecidos en los mismos. Y consiguientemente, la redacción de las resoluciones se realice estrictamente conforme a dichos informes, llegando a obtener una concurrencia y una sincronización entre las clasificaciones psiquiátricas y las calificaciones jurídicas.

A lo largo de este trabajo se ha hecho reiterada alusión a la importancia de no equiparar la neurosis, los trastornos neuróticos o del control de los impulsos con la delincuencia. Lógicamente, ni todos los individuos con este tipo de trastornos son delincuentes, ni todos los delincuentes tienen alguno de estos trastornos. Por ello la importancia del casuismo y de analizar cada caso de forma independiente.

A la vista de esta situación, y unido al propio interés clínico y forense del estudio de la neurosis, los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, se ha planteado el presente trabajo de investigación siguiendo tres enfoques principales: el primero, de carácter eminentemente práctico, con objeto de revisar y aportar información de interés para efectuar una labor pericial más certera, detallada y eficaz en cuanto a estos trastornos y su influencia sobre la conducta delictiva; el segundo, tratar de ofrecer una pequeña aportación a la necesaria y apasionante investigación en torno a estos cuadros psicopatológicos, su influencia en el delito e implicaciones legales, y por último, el análisis pormenorizado de los diagnósticos recogidos en la jurisprudencia para ver si los mismos coinciden con la nosología médica actualizada, de forma que puedan emitirse resoluciones judiciales más adaptadas a la psiquiatría moderna, no dando lugar a incongruencias ni veredictos ambiguos o pocos reales.

Con respecto a la responsabilidad criminal, hemos querido transcribir un fragmento de una sentencia del Alto Tribunal *STS de 12 de septiembre de 1991 (ROJ: 7552/1991)* que nos aclara cuál es la postura de la Sala Segunda en relación a los criterios de aplicación de las eximentes y las atenuantes con respecto a las anomalías y alteraciones psíquicas, esta posición está plenamente vigente en la actualidad: "A este respecto es conocida la doctrina de esta Sala según la cual la exención completa exige una absoluta carencia de las facultades intelectivas y volitivas. La semieximente, o eximente incompleta, necesita que el sujeto actúe con una profunda perturbación en aquellas facultades pero conservando la capacidad necesaria como para apreciar la inmoralidad del hecho que se ejecuta, lo que finalmente se convierte en atenuante analógica si la capacidad de raciocinio o de volición se ve afectada leve o mínimamente, permaneciendo casi intactas su capacidad de comprender y querer…" A lo que añade la *STS de 22 de septiembre de 1993 (ROJ: 6110/1993)*: "En ese panorama, fáctico y jurídico, se ha de juzgar la conducta del acusado, entendiendo que el análisis de la personalidad humana, aún en el entorno de la psiquiatría, ha de producirse con un riguroso casuismo según las circunstancias del caso concreto, de la misma manera que, sin incidencia práctica alguna en la órbita criminal, tal perturbación anímica, grave o leve, puede obedecer a causas biológicas o psíquicas con explicación científica biogenética o psicogenética…".

Establecía y establece actualmente la jurisprudencia que no basta la existencia de un diagnóstico para concluir que en la conducta del sujeto concurre una afectación psíquica. El sistema mixto del código penal está basado en la doble exigencia de una causa biopatológica y un efecto psicológico, la anulación o grave afectación de la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o de determinar el comportamiento con arreglo a esa comprensión, siendo impres-

cindible el efecto psicológico en los casos de anomalías o alteraciones psíquicas, ya que la anomalía o alteración es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo. Ya la jurisprudencia anterior al vigente código había declarado que la apreciación de una circunstancia eximente o modificativa de la responsabilidad criminal basada en el estado mental del acusado exige no sólo una clasificación clínica sino igualmente la existencia de una relación entre ésta y el acto delictivo[384]. Por tanto, podemos decir que la jurisprudencia además de exigir la fórmula mixta, tan mencionada en nuestro estudio, también requiere la existencia de nexo causal.

En relación al principio constitucional de presunción de inocencia, éste no sirve de cobertura a las circunstancias eximentes y atenuantes, por cuanto la concurrencia y prueba de las mismas no corresponde a la acusación sino a la defensa que las alega. Es el acusado el que viene obligado a probar los hechos impeditivos de la responsabilidad penal. Por tanto, compete a la acusación probar la existencia del hecho delictivo y de la agravación de la pena, así como de la producción de daños y perjuicios pero en lo concerniente a las atenuantes y eximentes, es el acusado quien debe acreditarlas, puesto que nuestro Código parte de la plena imputabilidad del sujeto y no es aplicable respecto a las circunstancias modificativas el principio *in dubio pro reo*[385].

La imputabilidad de un sujeto se debe valorar en relación a unos hechos concretos respecto a una particular infracción penal. En la *STS de 18 de junio de 2001 (RJ 2002/9944)* se establece que "para valorar la responsabilidad penal de una persona afecta de una enfermedad mental habrá de tenerse en cuenta no sólo el diagnóstico psiquiátrico sino también, la forma en que los síndromes diagnosticados afectan a la personalidad y sobre todo, hasta qué punto el acto realizado es tributario de aquella enfermedad, esto es, hasta qué punto existe una relación causal entre la enfermedad del sujeto y el acto ilícito cometido, sin que sea suficiente para afirmar la inimputabilidad respecto del acto concreto, una coincidencia cronológica anomalía-delito, sino que ha de exigirse, penalmente hablando, que exista una cierta relación causal entre el estado

[384] Véanse las siguientes resoluciones: STS 1400/1999, de 9 de octubre (ROJ: 6240/1999); STS 251/2004, de 26 de febrero (ROJ: 1293/2004); STS 75/2005, de 25 de enero (ROJ: 300/2005); STS 207/2006, de 7 de febrero (715/2006); STS 1170/2006, de 24 de noviembre (7493/2006); 455/2007, de 19 de mayo de 2007 (ROJ: 3432/2007); 258/2007, de 19 de julio (ROJ: 5530/2007); 735/2007, de 18 de septiembre (ROJ: 6438/2007); 939/2008, de 26 de diciembre (ROJ: 7253/2008); 90/2009, de 3 de febrero (ROJ: 917/2009); 983/2009, de 21 de septiembre de 2009 (ROJ: 6132/2009); 914/2009, de 24 de septiembre de 2009 (ROJ: 6129/2009); 29/2012, de 18 de enero de 2012 (ROJ: 397/2012); 149/2012, de 22 de febrero de 2012 (ROJ: 1373/2012); ATS 1308/2013, de 6 de junio de 2013 (ROJ: 6731/2013); ATS 1722/2012, de 25 de octubre de 2012 (ROJ: 11375/2012); SAP de Las Palmas de Gran Canaria 148/2012, de 29 de junio de 2012 (ROJ: 947/2012).

[385] Véanse las siguientes resoluciones: STS de 18 de noviembre de 1987 (EDJ 1987/8432), de 30 de junio de 1992 (EDJ 1992/7122), de 30 de septiembre de 1994 (EDJ 1994/8064), de 19 de diciembre de 1995 (EDJ 1995/7460), de 13 de febrero de 1997 (EDJ 1997/1031), de 11 de mayo de 1998 (EDJ 1998/4874), de 29 de noviembre de 1999 (RJ 1999/8723); de 2 de febrero de 2002 (EDJ 2002/9754); de 21 de enero de 2002 (RJ 2002/1570); de 4 de noviembre de 2002 (EDJ 2002/49725); de 5 de mayo de 2003 (EDJ 2003/109871), de 20 de mayo de 2003 (EDJ 2003/30219); de 10 de julio de 2003 (EDJ 2003/104538), de 21 de junio de 2004 (EDJ 2004/255441), de 15 de abril de 2005 (EDJ 2005/307868), de 24 de marzo de 2006 (EDJ 2006/114142), de 28 de febrero de 2008 (EDJ 2008/48901); de 12 de mayo de 2010 (EDJ 2010/84214) y de 2 de noviembre de 2011 (ROJ: 7290/2011).

mental del autor y el hecho por él cometido o, en palabras llanas, que el delito sea producto de su locura".

Hemos visto en el capítulo dedicado al análisis psico-biológico del cerebro y de las emociones, que efectivamente los trastornos mentales pueden tener un origen genético, es decir, el sujeto puede estar predispuesto a padecer alguna anomalía o alteración, pero también resulta indiscutible la influencia de los factores ambientales, es decir, el nivel de formación, el ambiente familiar, educativo en el que la persona se mueva, las relaciones sociales que tenga, etc. Eso nos lleva irremediablemente a pensar que los informes deben hacerse conociendo todas las circunstancias del sujeto, tanto endógenas como exógenas, para que le diagnóstico sea lo más veraz y certero posible. Y consiguientemente, también el tratamiento psicológico/médico/farmacológico que se le haya de imponer después.

Por tanto, el padecimiento de un trastorno mental que provoca un deterioro mental muy importante, conllevará la aplicación de una eximente completa. De otro lado, como ha señalado la jurisprudencia, los supuestos de intensidad superior a la de una atenuante simple deberán reconducirse a la eximente incompleta, y no a la atenuante muy cualificada y finalmente, cuando la pérdida de las facultades intelectivas o volitivas del acusado, sin privarle de la capacidad de comprender la ilicitud del acto o de actuar conforme a tal comprensión, disminuya de forma leve tal capacidad de comprensión y de decisión, deberá apreciarse la la atenuante analógica del art. 21.7 CP.

En el caso particular de los trastornos neuróticos, por regla general, el Tribunal Supremo no los ha considerado de gravedad bastante para aplicar una eximente completa (*STS de 15 de octubre y 22 de diciembre de 1994*)[386]. Hemos identificado que para que supongan una disminución de la responsabilidad criminal, deberán estar acompañadas de otras circunstancias de carácter exógeno (consumo de alcohol o drogas) o bien, de otras enfermedades mentales (retraso mental, psicopatía, algún trastorno psicótico, etc), que afecten severamente a las estructuras mentales y volitivas del sujeto (*STS 785/2002, de 25 de abril (RJ 2002/5570); STS 1172/2003, de 22 de septiembre (RJ 2003/7439)*). En relación a su tratamiento jurisprudencial, destacaremos un fragmento de la *STS 777/1985, de 22 de mayo (RJ 1985/2525)*, que aunque anterior al vigente código, resulta esclarecedora: "Las neurosis, enfermedades psicógenas originadas por causas psíquicas que ocupan, tal dijo la *STS de 13 de octubre de 1971 (RJ 1971/3800)*, el último lugar en la escala descendente de las perturbaciones porque sólo las formas más acusadas y graves pueden tener repercusión penal, divididas a su vez en neurosis de deseo o de protección (traumática, de guerra, de situación, histérica y neurastenia) y neurosis incoercibles (neurosis obsesiva y neurosis de ansiedad)"…

Es a partir de 1988, cuando el Alto Tribunal comienza a considerar estos trastornos como anomalías o alteraciones psíquicas, al igual que lo hace con los trastornos de la personalidad, probablemente porque los trastornos neuróticos puedan verse como auténticos trastornos de la personalidad también. No obstante, el tratamiento jurisprudencial que se les daba era el de aplicación de la atenuante analógica o en casos más graves, eximente incompleta, ambos recogidos en el anterior art. 9 del Código Penal y por supuesto, siempre que el trastorno tuviera un

[386] STS de 15 de octubre de 1994 (RJ 1994/7920) y STS de 22 de diciembre de 1994 (EDJ 1994/10080).

efecto psicológico en el sujeto. Así fue reconocido por el Tribunal Supremo en la *STS 29 de febrero de 1988*, al señalar: "Esta conceptualización de la neurosis como una verdadera enfermedad mental y no como una entidad de análoga significación a la enfermedad mental, parece, en este momento del desarrollo de la medicina Psiquiátrica, la actitud más razonable y prudente, habida cuenta de que los trastornos neuróticos de la personalidad están comprendidos en la CIE-9, aunque ello no significa naturalmente que toda neurosis haya de convertirse, a la hora de medir la imputabilidad del acusado, en presupuesto de la circunstancia eximente de la enajenación ni de la correspondiente atenuación privilegiada, pues será necesario que el trastorno hubiera incidido profunda, o al menos, sensiblemente en las estructuras mentales y volitivas del sujeto, anulando o aminorando de modo considerable su capacidad de elección y autodeterminación"[387].

No obstante, apreciamos un significativo cambio desde la época de los años 90´ a la actual en cuanto a la cantidad y la calidad de las resoluciones. Es decir, en las resoluciones más antiguas había una escasa argumentación de las mismas y en cuanto a los trastornos, eran absolutamente escuetas, con una redacción simple y corta, además de ser en número, mucho menos habituales. Sin embargo, a partir de los primeros años del actual siglo, aumentan considerablemente las resoluciones relaciones con anomalías o alteraciones psíquicas y su contenido es mucho más amplio, con una extensa argumentación del trastorno objeto del procedimiento, tanto a nivel biológico-psiquiátrico como a nivel jurídico. Y también resulta palpable que cada vez se han aplicado más número de eximentes y atenuantes en estos casos. Véanse al respecto los resultados obtenidos en el presente estudio:

Prevalencia de resoluciones judiciales del Tribunal Supremo sobre trastornos neuróticos aislados: con eximente incompleta: 21 (28,7%); con atenuante analógica: 14 (19,1%); con eximente completa: 4 (5,4%); con plena imputabilidad: 34 (46,5%).

Prevalencia de resoluciones judiciales de Audiencias Provinciales y Tribunales Superiores de Justicia sobre trastornos neuróticos: con eximente incompleta: 72 (36,5%); con atenuante analógica: 48 (24,3%); con eximente completa: 11 (5,5%); con plena imputabilidad: 66 (33,5%).

En el caso de los trastornos del control de los impulsos, aunque el número de resoluciones es menor, se aplican proporcionalmente incluso mayor número de atenuantes y eximentes completas, de lo que se deduce que la impulsividad y la falta de control de la voluntad del sujeto afectado influye de una manera notable en la capacidad volitiva del mismo. Véanse al respecto los resultados obtenidos en el presente estudio:

Prevalencia de resoluciones judiciales de TS, AAPP y TTSSJJ sobre Piromanía: con eximente incompleta: 6 (50%); con atenuante analógica: 2 (16,6%); con eximente completa: 1 (8,3%); con plena imputabilidad: 3 (25%).

[387] STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988/1359). Al respecto, véase: STS de 14 de mayo de 2001 (EDJ 2001/9102).

Prevalencia de resoluciones judiciales de TS, AAPP y TTSSJJ sobre Cleptomanía: con eximente incompleta: 5 (20,8%); con atenuante analógica: 6 (25%); con eximente completa: 7 (29,1%); con plena imputabilidad: 6 (25%).

Prevalencia de resoluciones judiciales de TS, AAPP y TTSSJJ sobre Ludopatía o Juego patológico: con eximente incompleta: 8 (17,02%); con atenuante analógica: 27 (57,4%); con eximente completa: 2 (4,2%); con plena imputabilidad: 10 (21,2%).

Prevalencia de resoluciones judiciales de TS, AAPP y TTSSJJ sobre trastorno explosivo intermitente: con eximente incompleta: 5 (35,7%); con atenuante analógica: 4 (28,5%); con eximente completa: 1 (7,1%); con plena imputabilidad: 4 (28,5%).

De todos los trastornos mentales que se recogen en los manuales internaciones de diagnóstico, hemos dedicado el presente estudio exclusivamente a los neuróticos y los del control de los impulsos, centrando los resultados en aquellos que tienen repercusión penal según nuestra jurisprudencia. Y de este punto concreto podemos extraer los siguientes datos con respecto a los trastornos que más frecuentemente se han dado en las resoluciones estudiadas:

Tipos de trastornos padecidos por los sujetos que han cometido algún tipo de delito: trastorno adaptativo (ansiedad-depresión): 169; TOC: 49; ludopatía: 47; neurosis sin especificar: 33; cleptomanía: 24; trastornos disociativos: 21; trastorno explosivo intermitente: 14; piromanía: 12; trastorno somatomorfos: 2 y neurosis de renta: 1.

Con respecto a la consecuencia jurídica aplicada a cada caso, suma importancia tiene el concepto de la peligrosidad criminal y junto a ello, como hemos explicado con anterioridad, el estudio de las causas, la situación personal, social y laboral del mismo, las consecuencias, el tratamiento terapéutico o farmacológico necesario y el control sobre dicho trastorno, que servirá, si se realiza correctamente, para prevenir y evitar conductas delictivas futuras. Sin embargo, las resoluciones no indican lo que debe hacerse ni cómo, simplemente, se limitan a "elegir" una medida de seguridad a aplicar y el tiempo de cumplimiento máximo obligatorio. En algunos casos, incluso dejan en manos del procedimiento de ejecución de la resolución correspondiente, la imposición de medida, tomando una postura, a nuestro parecer, poco rigurosa.

Con respecto a los resultados obtenidos, se deduce que el número de medidas de seguridad aplicadas en los casos de eximente completa o incompleta, es bajo, son aplicadas muy raramente. De hecho, de las 144 sentencias analizadas donde se ha aplicado una eximente incompleta o una completa en casos de diagnóstico aislado/unitario, tan sólo 81 contenían algún tipo de medida. Ello implica necesariamente que los enfermos no sean tratados adecuadamente con el consiguiente tratamiento médico o terapia psicológica, sino que finalmente sean ingresados en prisión, con el consiguiente riesgo que ello conlleva, tanto para los propios afectados como para el resto de la sociedad. Además no se recogen ni en las resoluciones ni en los informes periciales la terapia y tratamiento farmacológico que debieran seguir esos sujetos para mejorar o

al menos estabilizar su trastorno[388]. Véanse al respecto los resultados obtenidos en el presente estudio:

Tipos de medidas de seguridad adoptados en resoluciones en caso de trastornos neuróticos y del control de los impulsos: internamiento en Centro Psiquiátrico: 30; internamiento en Centro de Deshabituación: 3; tratamiento ambulatorio o externo: 29; internamiento en centro educativo especial: 1; libertad vigilada: 1; medidas sin decretar hasta la ejecución de la sentencia: 2; medidas del 192 CP: 3; privación del derecho a tenencia y porte de armas: 3; orden de alejamiento: 8; prohibición de entrada en centros comerciales: 1.

El Código Penal no regula en qué instituciones, establecimientos o recursos deben ejecutarse las medidas privativas de libertad, refiriéndose a "establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie", a "centro de deshabituación público o privado debidamente acreditado u homologado" y "centro educativo especial". El Reglamento Penitenciario de 1996[389] obliga a la Administración penitenciaria a crear los recursos o de otro modo ponerlos a disposición de jueces y tribunales. Sin embargo, la carencia de recursos de la Administración penitenciaria en esta materia es patente, sobretodo en relación con los establecimientos psiquiátricos. Sólo existen dos unidades psiquiátricas penitenciarias en todo el territorio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Sevilla y Alicante[390], en los que autores como BARRIOS FLORES reconocen no contar con el personal médico y rehabilitador suficiente y adecuado[391].

La DGIP desarrolló en 2009 un programa Marco (PAIEM) para la atención integral de personas con algún tipo de enfermedad mental, su finalidad es desarrollar una labor terapéutica y reinsertar en esta población. Por tanto, se trata de un modelo asistencial con las siguientes líneas de actuación:

1.- Detección, diagnóstico y tratamiento

2.- Elaboración del programa de rehabilitación

---

[388] Supone un importante avance en este sentido la sentencia de la AP de Sevilla – Secc. 4ª, de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004/68260) en un caso de cleptomanía donde se aplica eximente completa. En la misma se establece: …"la cleptomanía carece hoy por hoy de un tratamiento de efectividad claramente contrastada, aunque existan algunas referencias aisladas de respuesta positiva a terapias conductuales o con medicamentos antidepresivos como la fluoxetina y otros inhibidores de la recaptación de serotonina, mejor comprobados en trastornos obsesivo-compulsivos que en los impulsivos. En estas condiciones, imponer coercitivamente un tratamiento de salud mental de discutible eficacia a una persona de baja peligrosidad cualitativa carecería en todo caso de justificación suficiente".

[389] Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero de 1996): arts. 183 a 191.

[390] Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias - DGIP - (www.institucionespenitenciarias.es/reeducación y reinserción social/programas específicos de intervención/enfermos mentales).
Sevilla cuenta con 74 celdas y 3 complementarias, y Alicante con 324 celdas más 51 complementarias.

[391] Véase el siguiente artículo: BARRIOS FLORES, L. F.: "Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2007, vol.27, n.2 [citado 2015-12-09], pp. 201-228 . Disponible: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0211-5735.

3.- Reinserción social

El nivel de intervención en el Programa Marco estará en función de las características clínicas, de la capacidad de integración y de la relación interpersonal. Se establecen tres niveles de intervención, de acuerdo a la situación y evolución que a lo largo del programa pueda presentar el paciente (tabla 22):

Tabla 22: Niveles de intervención en el Programa Marco PAIEM

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
Ausencia de conductas de riesgo Ausencia de conductas disruptivas Síntomas que no interfieren significativamente en la integración y funcionamiento diario	**NIVEL 1** BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes) Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.
Persistencia de síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración	**NIVEL 2** RESPUESTA PARCIAL Precisa seguimiento Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos Valoración de interno de apoyo
Persistencia de conductas de riesgo Persistencia de conductas disruptivas Síntomas que interfieren significativamente en el funcionamiento diario y la integración al medio	**NIVEL 3** MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes) (BAJA ADAPTACION) Precisa control Asignación de interno de apoyo

Respecto a las entrevistas mantenidas con los distintos profesionales que han participado en el presente estudio (Anexo IV), se deducen algunos datos que también son origen de discusión.

Los jueces y fiscales para la elaboración de sus resoluciones e informes definitivos respectivamente, tienen en cuenta principalmente el contenido de los informes periciales emitidos por los profesionales del Instituto de Medicina Legal por razones de objetividad. No obstante, tienen en cuenta otros factores (documentación médica anterior, internamientos previos, suje-

ción a tratamiento médico o famacológico, interrogatorio del sujeto, circunstancias del hecho y las posteriores, testificales, etc). Para ellos resulta crucial el interrogatorio del perito en el acto de juicio porque es determinante en cuanto al alcance del trastorno y su relevancia en el plano penal, sino también en cuanto al tratamiento postpenitenciario que la persona requiere.

La mayoría de los internos en los Centros Psiquiátricos Penitenciarios españoles padecen trastornos psicóticos (sobre todo, esquizofrenia), y en menor medida, los trastornos de personalidad y del neurodesarrollo, los esquizoafectivos y los afectivos en general. No existen prácticamente sujetos afectados de un trastorno conocido como neurótico o del control de los impulsos, puesto que éstos son ingresados en un Centro Penitenciario no especializado, independientemente del contenido de la medida de seguridad impuesta. El hecho es que estos sujetos aún siendo eximidos de responsabilidad criminal por la aplicación de una eximente completa, son en muchos casos internados en la enfermería de un centro penitenciario, puesto que la capacidad de los Centros especializados es muy limitada. La consecuencia real de ésto es que finalmente "cumplen íntegramente la condena" de una u otra forma.

El personal que ha trabajado en los Centros Psiquiátricos Penitenciarios entiende que el número de psiquiatras está relativamente bien cubierto, pero sí existe déficit importante en relación a los psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

La reincidencia posterior de los sujetos que han sido ingresados en Centros Psiquiátricos Penitenciarios está en torno al 15%. La reincidencia de los sujetos que han sido ingresados en un Centro Penitenciario no especializado, está en torno al 50-55%.

Los juzgadores y fiscales reconocen consultar la jurisprudencia del Tribunal Supremo para la redacción de sus resoluciones. Ello hace absolutamente necesario que la misma esté totalmente actualizada conforme a la Psiquiatría moderna y los manuales de diagnóstico en vigor. Además, que las mismas sean completas y exactas en cuanto a la terminología y los diagnósticos, puesto que son la base de resoluciones posteriores.

En el fallo de las resoluciones españolas, no se halla en ningún caso la especificación del tratamiento médico-psicológico que el sujeto debe seguir en el caso de apreciarse una medida de seguridad por anomalía o alteración psíquica.

Los juzgadores y fiscales reconocen que debiera existir un mayor control postdelictual del que existe en la actualidad. Se echa en falta una relación más estrecha con la evolución del tratamiento del sujeto. A su vez, que son insuficientes los Centros Psiquiátricos Penitenciarios que existen en España.

No se suelen sugerir medidas postdelictuales en los informes periciales porque los peritos trabajan " a demanda", por lo que si son cuestiones no solicitadas a instancia de parte, el profesional no suele incluirlas. El informe de peligrosidad criminal tampoco suelen pedirlo, así que al ser potestativo, dependerá del perito su inclusión o no en el informe.

Tanto juzgadores y fiscales como psicólogos, psiquiatras y forenses reconocen que existe poca formación en sus respectivas áreas con respecto a las otras. Es decir, que debiéndose nutrir el Derecho de la Medicina y Psicología y viceversa, finalmente no se lleva a cabo. Por lo

que los juristas requieren de mayor formación en el campo psiquiátrico para la tramitación de asuntos donde intervenga un sujeto que padezca algún tipo de anomalía o alteración psíquica, y a su vez, los facultativos requieren también de mayor formación en el campo jurídico, de forma que al final, obtengamos una perfecta sinergia entre ambas ciencias.

Los psicólogos clínicos apuntan que cada vez es más frecuente el número de niños y adolescentes que presentan conductas agresivas derivadas de la falta de autocontrol, de capacidad de tolerancia a la frustración, de la falta de capacidad para gestionar correctamente sus emociones, la ansiedad y el estrés. Cuando se observan conductas delictivas es debido a la existencia de tres déficits: 1) déficit de los procesos atencionales; 2) déficit de la competencia de regulación emocional; 3) falta de empatía.

Por tanto, a nivel preventivo se hace necesario aplicar técnicas y programas de aprendizaje y educación social y emocional basados en evidencia científica, desde las primeras etapas del desarrollo para que los niños aprendan a gestionar correctamente sus emociones y tengan una conducta sana y equilibrada, como medio de prevención. Ello conllevará menos delincuencia en el futuro porque entre cosas, descenderá el nivel de agresividad, ira, emocionalidad clínicamente desadaptativa. Adicionalmente, son cada vez más las iniciativas que se están llevando a cabo por parte de los psicólogos/educadores y trabajadores sociales funcionarios de prisiones, donde a pesar de los escasos recursos, llevan a cabo iniciativas basadas en los avances en el ámbito cognitivo-conductual, con el fin de ofrecer un abordaje integral a los presos, así como posibilitar y aumentar al máximo las posibilidades de éxito en su reinserción social futura. Estos profesionales demuestran que las terapias cognitivo-conductuales y los programas de educación socio-emocional funcionan en pacientes con trastornos neuróticos y del control de los impulsos, puesto que son alteraciones que no causan lesión orgánica, y que resulta necesario aplicarlas de forma obligatoria para dotarles de las herramientas necesarias que les permitan mejorar la calidad de vida de dichos pacientes y disminuir el nivel de peligrosidad criminal futura.

IX. IMPLICACIONES FUTURAS

Este estudio contiene por un lado la introductoria parte teórica, donde se expone desde la perspectiva médico-forense el funcionamiento interno de nuestro cerebro, explicando las bases fisiológicas y psicológicas de nuestro sistema nervioso central y los neurotransmisores que contiene, los cuales influyen directamente en el estado anímico y la salud mental de cada uno de nosotros y a partir de la comprensión desde el lado interno, hemos procedido a explicar la conducta que de ello se deriva, es decir, la parte externa, el efecto de los trastornos conocidos como neuróticos y los del control de los impulsos en un sujeto, las consecuencias y la relación existente entre el trastorno y la conducta delictiva, si la hubiere. Está claro que no todos los sujetos que padecen un trastorno neurótico y/o del control de los impulsos han delinquido ni delinquirán, ni todos lo que delinquen padecen este tipo de trastorno, pero hemos centrado nuestro estudio en analizar aquellos casos donde sí existía una relación de causalidad y las consecuencias jurídicas que de ello se han derivado.

Sería tremendamente útil que en un futuro los informes periciales, tan importantes en esta materia, se realizaran con mayor exhaustividad, puesto que aunque no resultan vinculantes para nuestros Jueces y Tribunales, sí son cruciales, ya que el entendido en esta materia no es otro que el Psiquiatra Forense o el Psicólogo que analiza con carácter previo al enfermo y que con ese informe, el Juez debe decidir qué grado de imputabilidad tiene. Además, se haría absolutamente necesario que se incluyera de forma obligatoria y no a instancia de parte u opcional, como está actualmente, el informe de peligrosidad criminal, que debe ser emitido por el perito. Unido a ello, está el hecho de que en ocasiones el único informe pericial del que dispone el Juzgador es el de Psiquiatra de inspección de guardia, que mantiene una corta entrevista con el sujeto. Ello nos lleva a que conste en Autos un informe bastante incompleto, puesto que el facultativo no lleva un seguimiento del paciente de forma posterior. Además y unido a ello, solicitamos que se incluya de forma pormenorizada el tratamiento a seguir por el sujeto afectado. De hecho, este estudio de investigación contiene los últimos logros conseguidos en terapias que se pueden aplicar a sujetos que padecen algún tipo de trastornos conocido como neurótico o bien, del control de los impulsos. De esta forma, el control postdelictual mejoraría y la finalidad última del Derecho Penal se vería también cumplida si sometemos al sujeto a un tratamiento concreto y conseguimos así que sea capaz de llevar una vida normal y reintegrarse en la sociedad una vez libre.

Sería deseable que se redactara y aprobara una Ley de Salud Mental (existente en la mayoría de países)[392] que regule con precisión los procedimientos y protocolos relacionados con sujetos que padezcan algún tipo de trastorno (tipo de internamiento, tipo de centros, derechos,

[392] Algunos países con regulación de la salud mental a través de ley (specified by law): Ley nacional de salud mental de Argentina 2010; Ley de salud mental de Colombia, 2013; Política nacional de salud mental de Paraguai, 2011; The Mental Health Act for England and Wales, 1983; Mental Health Act in Ireland, 2001; Mental Health Policy revised in 2010 in Denmark; Mental Health legilation in Germany, 1985; Ley relativa a los derechos y a la protección de las personas hospitalizadas a causa de sus alteraciones mentales y sus condiciones de hospitalización en Francia, 1990; Mental Health Act in Russia, 1992; Mental Health Reform Act of 2015 in America; Mental Health Act in Canada, 1990; Mental Health Law in Japan, 1987 (en vigor desde julio de 1988); National Mental Health Legislation in China, 2012 (en vigor desde mayo de 2013).

derivaciones, órganos de revisión, …). De esta forma habrá más y mejor coordinación entre todos los profesionales implicados. En dicha norma debería existir la obligación por parte del psiquiatra/psicólogo forense de realizar de oficio un informe de peligrosidad criminal y las recomendaciones que deberán adoptarse como medidas para el tratamiento farmacológico y terapéutico (terapia cognitivo/conductual, conductual, etc) que tendrá que seguir obligatoriamente el sujeto afectado, aunque no haya sido condenado por aplicación de eximente completa[393].

Sugerimos desde aquí mayor dedicación a cada caso, que los mismos sean totalmente personalizados y analizados con la mayor de las diligencias, con el fin de evitar diagnósticos imprecisos y veredictos generalizados y poco concretos, que se conseguirá a través de la regulación mediante ley que anteriormente hemos expuesto.

Sugerimos que se utilicen los manuales de diagnóstico actualizados y se elaboren los informes y las propias resoluciones conforme a ellos, concretando cada anomalía o trastorno y especificando los subtipos. Y en relación a este punto, también sería conveniente que los propios manuales de Derecho Penal parte general sean puestos al día conforme a dichos manuales, puesto que las clasificaciones de los trastornos que se realizan en éstos no se corresponden con las recogidas en aquellos.

Sugerimos mayor formación interdisciplinar para evitar el desconocimiento del sistema de trabajo entre los distintos profesionales.

Sugerimos que tal y como se exponen en este estudio las distintas terapias médico psicológicas actuales para el tratamiento de los distintos trastornos neuróticos, las mismas sean incluidas de forma obligatoria en los informes periciales como tratamiento adecuado en el caso de imponerse una medida de seguridad, de tal forma que los Jueces y Tribunales la incluyan en el tenor de sus resoluciones y dicho tratamiento sean de obligado cumplimiento y de obligado control posterior. Sólo de esta forma tendrá sentido la imposición de una medida de seguridad, y

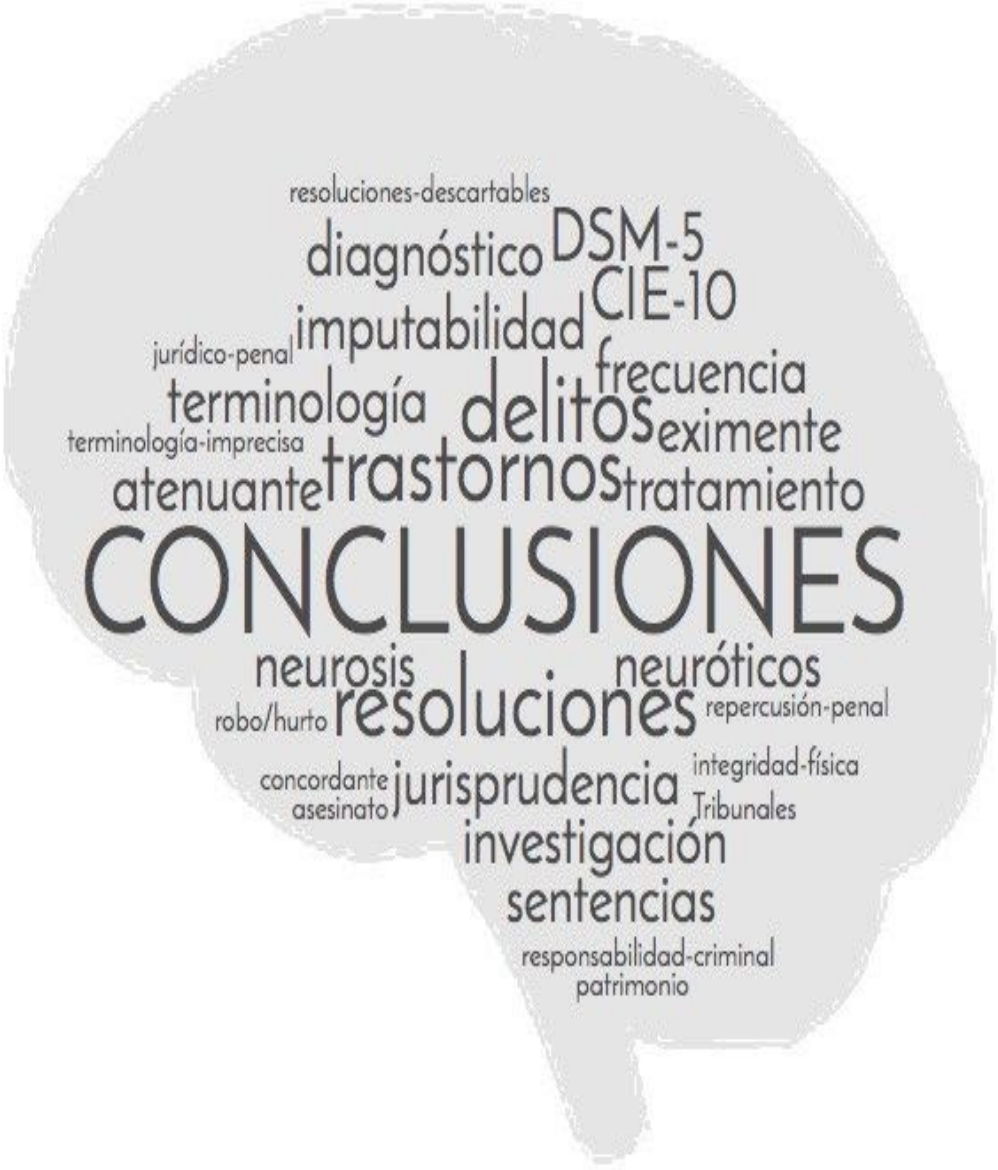
---

[393] En la actualidad, tan sólo encontramos una pequeña referencia en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, en el Cap. III, art. 20, que textualmente establece:
"Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:
1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general".

a su vez, que la naturaleza terapéutica y/o reeducadora se cumpla y por último, también la finalidad protectora de la sociedad.

Y sugerimo por último, la mejoría de la infraestructura de nuestros centros Psiquiátricos penitenciarios y de Educación Especial, puesto que como hemos podido apreciar en el epígrafe correspondiente, son escasos y con una muy limitada capacidad. Los dos que actualmente existen están destinados a sujetos que padecen trastornos graves (normalmente psicóticos) y están preparados para ello. Lo que nosotros proponemos es que existan más centros con distintas áreas, donde tengan cabida todos los trastornos y con personal especializado que lleve a cabo una labor terapéutica con el paciente, de esta forma y sólo de esta, podremos conseguir que los sujetos que padecen algún trastorno, ya sea neurótico o de otro tipo, sean correctamente tratados, médica y farmacológicamente hablando, evitando situaciones de riesgo para la sociedad y consiguiendo finalmente el propósito de nuestro Código Penal, que no es otro que la reinserción. Para ello, se hace necesario un estricto control de los sujetos que hayan sido internados o incluso los que siguen un tratamiento ambulatorio o en centro externo.

Si con este estudio se hubiese logrado incentivar la colaboración multidisciplinar, se hubieran dado los datos necesarios para mejorar la redacción de las resoluciones judiciales en cuanto a la terminología psiquiátrica se refiere, y se hubiera contribuido a explicar con más claridad qué lugar ocupan hoy por hoy los trastornos neuróticos y otros no psicóticos en la jurisprudencia de nuestro país, se habrían cubierto ya los objetivos centrales del trabajo.



X. CONCLUSIONES

En el estado del conocimiento actual y a la luz de los resultados de la presente investigación, adecuadamente discutidos, podemos retener las siguientes conclusiones relativas al tratamiento jurídico-penal que en la doctrina jurídica y la jurisprudencia española se le presta a la neurosis como enfermedad mental, los trastornos neuróticos y los trastornos del control de los impulsos:

PRIMERA. La ciencia y los manuales internaciones de diagnóstico (CIE-10 y DSM-5) que reflejan las enfermedades psiquiátricas están sometidos a una continua evolución. Ello supone que conceptos y terminología que antiguamente se utilizaba tanto en Psiquiatría como en Derecho ya no están en vigor. Así, el término *neurosis* está en la actualidad obsoleto y en desuso. El término *trastorno neurótico* sigue apareciendo en la CIE-10 pero no aparece como tal en la última edición del DSM-5 que clasifica estos trastornos de una manera más específica atendiendo a sus características y manifestaciones clínicas propias.

SEGUNDA. Tras analizar las resoluciones dictadas en los últimos 114 años por el Tribunal Supremo, Tribunales Superiores de Justicia y Audiencias Provinciales y que incluyan los términos neurosis, trastornos neuróticos, trastornos ansioso-depresivo, obsesivo-compulsivo, disociativos o del control de los impulsos, hemos hallado un total de 644 resoluciones. De ellas 276 presentan dicho trastorno en asociación con otro trastorno o enfermedad mental, y 368 incluyen el término neurosis, trastorno neurótico o del control de los impulsos de forma aislada. Estas últimas son las que pueden ser retenidas para la presente investigación.

TERCERA. En las resoluciones que refieren neurosis, trastornos neuróticos o del control de los impulsos, la tipología delictiva que contemplan es de índole muy diversa, pero podemos afirmar que los delitos con más frecuencia cometidos son en un 19% los delitos contra la vida (homicidio o asesinato), en un 13% delitos contra la integridad física o lesiones y en un 11% delitos contra el patrimonio (robo/hurto).

CUARTA. Los trastornos neuróticos o del control de los impulsos que con más frecuencia presentan repercusión penal son en este orden: los trastornos adaptativos (ansiosos-depresivos), trastornos obsesivos compulsivos, cleptomanía, trastornos disociativos, trastorno explosivos intermitente, piromanía, somatomaorfos y también los referidos como neurosis sin más especificación.

QUINTA. En relación a la responsabilidad criminal, con relación a los trastornos neuróticos: la plena imputabilidad se ha atribuido en un 37%, distribuyéndose el 67% restante en: 5,5% con eximente completa; 34,5% con eximente incompleta y el 23% con atenuante analógica. En el caso de los trastornos del control de los impulsos: la plena imputabilidad se ha atribuido en un 23,46%, distribuyéndose el 76,54% restante en: 12,24% en eximente completa; 24,48% en eximente incompleta y 39% en atenuante analógica.

SEXTA. En las resoluciones analizadas, un 54,3% de las mismas (200 sentencias) utilizan una terminología precisa y concordante con la contenida en los manuales internacionales de diagnóstico CIE-10 o DSM-5. Un 25,8% (95 resoluciones) utilizan una terminología cuya precisión es atribuible y con una simple labor de corrección podrían catalogarse como correctas o precisas. El resto, un 19,8% (73 resoluciones) utilizan una terminología imprecisa, descatalogada o incluso inexistente y por tanto, son descartables para sentar jurisprudencia válida y rigurosa.

SEPTIMA. En las 144 sentencias en que se han aplicado eximentes completas o incompletas, tan sólo en 81 (56,25%) se ha decretado algún tipo de medida de seguridad, siendo las más frecuentes el internamiento en centro psiquiátrico o el seguimiento obligado de un tratamiento médico ambulatorio o externo.

Con todo ello, la presente Tesis Doctoral pretende unificar tres disciplinas tradicionalmente independientes, como son el derecho penal, la psicología y la medicina para avanzar en el conocimiento del tratamiento jurídico-penal de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos, con el objetivo de discutir, desde un punto de vista riguroso y científico, las medidas necesarias para un abordaje más exhaustivo e idóneo de estos trastornos en el futuro.

Para finalizar, y aprovechando el IV centenario de la publicación de nuestra gran obra maestra "D. Quijote de la Mancha", nos permitimos transcribir aquí las palabras que pronunció el prestigioso psiquiatra D. Juan José López Íbor en el discurso de apertura del 4º Congreso Mundial de Psiquiatría en 1966:

"Señores, las neurosis y las psicosis son mitos individuales. Los pueblos tienen sus mitos. Nosotros, los españoles tenemos el nuestro en ese personaje singular, Don Quijote de la Mancha, que no ha tenido más existencia que la literaria, pero que realmente forma parte de la textura personal de todo español. Don Quijote fue un hidalgo manchego, pobre en bienes materiales, rico en ideales y en afán de combatir por ellos. Con el seso perdido transfiguró la realidad, como en el caso de Dulcinea, tan bellamente simbolizada en los sellos conmemorativos de este IV Congreso. Sobre Don Quijote han llovido los diagnósticos psiquiátricos; unos han hablado de paranoia, otros de esquizofrenia, etcétera. Pero «él» se ha mantenido rebelde a cualquier etiqueta nosológica. Algo hay en Don Quijote que quisiera subrayar. Era loco, pero al mismo tiempo cuerdo. No me refiero al hecho de que recobrase su razón al ir a morir, sino a que en plena locura resultaba prodigiosamente sensato. Ahí se ve la genialidad de Cervantes. No se trata de que don Quijote fuese loco y Sancho cuerdo, que uno fuese leptosomático y el otro pícnico, sino de que en cada uno de ellos había locura y cordura, aunque en dosis y modos desiguales. Esto es lo que al psiquiatra interesa, lo que el psiquiatra ve, la convivencia, el diálogo entre cordura y locura, entre razón e insensatez, entre las luces de la razón y los fantasmas de la sinrazón. No existe el loco absoluto. No existe el cuerdo absoluto. Así es el hombre que hace de la vida una aventura abierta entre el mundo de la realidad y el de la posibilidad. Por eso avanza, por eso el hombre es capaz de hacer historia.

Estáis en la tierra de don Quijote. Ese lugar de La Mancha donde vivía no está lejos de aquí. A través de mis palabras él os da la bienvenida. Que vuestros estudios e investigaciones, que vuestros diálogos y encuentros ayuden al mundo a lograr que esa convivencia entre la locura y la cordura sea cada vez más un diálogo de paz, en lugar de una monstruosa explosión de angustia y de incomprensión. Si comprendemos mejor a los enfermos, también los sanos debemos comprendernos mejor. Bienvenidos todos a la tierra de D. Quijote".

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO I.

BIBLIOGRAFÍA

ALBA ROBLES J.L. (Coord.), GARRIGO GENOVÉS, V., AROCA MONTOLIO, C., CARLOS GASCÓN y LÓPEZ LATORRE, MªJ.: "La psicopatía en el S. XXI: Apuntes para la reflexión (Criminología y Justicia)", Sociedad criminológica Balear y Secvi – Criminología y Justicia, num. 3, Valencia 2012.

ÁLVAREZ, M., CARBALLAL, MC., CASARIEGO, E., DE LAS HERAS, E., FERRER, H., LOURO, A.: *Guía práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*, 1ª ed, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2008.

ANDREWS, D. A.; BONTA, JAMES; HOGE, R. D.: "Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology", Criminal Justice and Behavior, Vol 17, núm. 1, 1990.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) 1ª ed, Masson, Barcelona 2007.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) 5ª ed, Ed. Arlington, VA, Panamericana Editorial Médica, Madrid 2014.

BACIGALUPO ZAPATER, E.: *Manual de Derecho Penal. Parte General*, 3ª ed, Editorial Temis, Bogotá 1996.

BACIGALUPO ZAPATER, E.: *Principios de Derecho Penal. Parte General*, 5ª ed, Akal, Madrid 1998.

BADOS LÓPEZ, A.: "La intervención psicológica: características y modelos", Facultad de Psdicologúa, Departamento de Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico, Universidad de Barcelona (www.diposit.ub.edu), 2008.

BARRA ALMAGIÁ, E., CANCINO FAJARDO, V., LAGOS MUÑOS, G., LEAL GONZÁLEZ, P. y SAN MARTÍN VERA, J.: "Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes", Revista de Psicología y Salud, Universidad Veracruzana (México), Vol. 15, núm. 2, 2005.

BASCÓN DÍAZ, M.J. y VARGAS GIRÓN, V.: "Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación", Revista Anales de Psicología, Vol. 32, núm. 2, 2016.

BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I., ARROLLO LUÍS Y OTROS: *Curso de Derecho Penal, Parte general, 2ª ed. rev.,* Experiencia, Barcelona 2010.

BERRA RUÍZ, E., MUÑOZ MALDONADO, S.I., VEGA VALERO, C.Z., SILVA RODRÍGUEZ, A. y GÓMEZ ESCOBAR, G.: "Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folfman", Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 16, núm. 1, 2014.

BESIO HERNÁNDEZ, M.: *Los criterios legales y judiciales de individualización de la pena,* Tirant lo Blanch Monografías, Valencia 2011.

BESTARD BIZET, R.S., ESCOBAR DE LA TORRE, J.C., BESTARD SILVA, D.C.: "Efectividad del metamodelo meditativo en el tratamiento de los trastorno neuróticos", Revista electrónica de Psicología Iztacala, Universidad Autónoma de México, núm. 19, 2016.

BIETTI, L.M.: "Disonancia cognitiva: procesos cognitivos para justificar acciones inmorales", Ciencia cognitiva - Revista electrónica de divulgación, 3:1, 2009; pp. 15-17.

BLANCO LOZANO, C.: *La eximente de anomalía y alteración psíquica*, Dykinson, Madrid 2000.

BLANCO LOZANO, C.: *Derecho Penal – Parte General*, La Ley – Colección Estudios, Madrid 2003.

BLANCO LOZANO, C.: *Tratado de derecho penal español. T. I. El sistema de la parte general. V. I. Fundamentos del derecho penal español, las consecuencias jurídico penales,* Boch, Barcelona 2004.

BOBES GARCÍA, J., BOUÑOSO GARCÍA, M., CALCEDO BARBA, A. y GONZÁLEZ GARCÍA-PORTILLA, MªP.: *Trastorno de estrés postraumático,* Masson, Barcelona 2000.

BORJA JIMÉNEZ, E.: "Algunas consideraciones jurídico-penales y criminológicas sobre el juego patológico", Revista Actualidad Penal, Sección Doctrina, 1998, Ref. I, pág. 1, tomo 1, Editorial LA LEY (LA LEY 17270/2001*)*.

BORJA JIMÉNEZ, E.: *Las circunstancias atenuantes del ordenamiento jurídico español*, Tirant lo Blanch, Valencia 2002.

BRACKETT, M. A., MAYER, J. D. Y WARNER, R. M.: "Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour*"* [Empirical Study. Quantitative Study. Journal Article], Personality and Individual Differences, Vol. 36, núm. 6, 2004.

BRACKETT. M.A., RIVERS. S.E., & SALOVEY. P.: "Emotional Intelligence: implications of personal, social, academic and workplace success", Social and Personality Psychology Compass, Vol. 5, 2011; DOI: 10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x.

BRACKETT, M. A., BERTOLI, M., ELBERTSON, N., BAUSSERON, E., CASTILLO, R., & SALOVEY, P.: "Emotional intelligence"*,* Handbook of cognition and emotion, Vol. 365, Chapter 20, 2013.

BUSTOS RAMIREZ, J.J. y HORMAZÁBAL MALARÉE, H.: *Lecciones de Derecho Penal, Vol. II*, Editorial Trotta, Madrid 1999.

CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *Psiquiatría y Derecho*, Cauce, 1997.

CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C.: *La salud mental en los Tribunales, Manual de Psiquiatría Forense y Deontología Profesional*, 2ª ed revisada y ampliada, Arán Ediciones, Madrid 2007.

CAJA, R.: "Evaluación de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo e intervención", Science Direct, Elsevier, Vol. 27, Issue 1, 2016.

CARBONELL MATEU, J.C., DEL ROSAL BLASCO, B., MORILLAS CUEVA, L., ORTS BERENGUER, E., QUINTANAR DÍEZ, M. (Coord.): *Estudios penales en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, Dykinson, Madrid 2005.

CARDONA PESCADOR, J.: "La pérdida de la alegría en las neurosis", Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, Vol. XXVI, núm. 3, 2016.

CARRASCO GÓMEZ, J.J.: "La delimitación de los conceptos de anomalía y alteración psíquicas" en *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999. El Fiscal y la jurisprudencia civil. Penología. Psiquiatría forense, vol. III*, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid 1999.

CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M.: *Tratado de Psiquiatría legal y forense, 4ª ed*, La Ley, Madrid 2010.

CASADO BLANCO, M. y CASTELLANO ARROYO, M.: "Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal", Revista Española de Medicina Legal, Vol. 39, Issue 1, ScienceDirect Elsevier, 2013.

CASTELLÓ NICAS, N.: "Exención y atenuación de la responsabilidad criminal" en Morillas Cueva, L. (Coord.) y otros en *Estudios jurídico penales y político criminales sobre tráfico de drogas y figuras afines*, Dykinson, Madrid 2003.

CASTELLÓ NICAS, N.: "Causas de inimputabilidad. Drogadicción" en Pantoja García, F. y Bueno Arús, F. (Direct.), *Cuadernos de Derecho Judicial. Actual doctrina de la imputabilidad penal*, CGPJ, Madrid 2007.

CASTILLO, R., M. SALGUERO, J., FERNÁNDEZ BERROCAL, P., BELLUERKA, N.: "Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents", Journal of Adolescent, Elsevier, núm. 36, 2013.

CEREZO MIR, J.: *Derecho Penal. Parte General*, 2ª ed, 1ª impr, UNED, Madrid 2000.

CEREZO MIR, J.: *Curso de Derecho Penal español. Parte General, III. Teoría jurídica del delito*, 1ª ed, 5ª impr, Tecnos, Madrid 2005.

CERVILLA BALLESTEROS, J.A.: *Valoración y tratamiento del enfermo mental*; Arán, Madrid 2002.

CLAUDIO NARANJO: *Carácter y neurosis. Una vida integradora*, 9º ed., Ediciones la llave DH, Vitoria 2010.

CLECKLEY, H.: *The mask of sanity*, 1941.

CLEMENTE DÍAZ, M.: *Fundamentos y principios de psicología jurídica*, Ediciones Pirámide, Madrid 2011.

COBO DEL ROSAL, M. y VIVES ANTÓN, T.S.: *Derecho Penal – Parte General*, 5ª ed, Tirant lo Blanch, Valencia 1999.

COBO DEL ROSAL MANUEL (DIRECTOR-COORDINADOR); JAIME PERIS RIERA, MANUEL QUINTANAR DÍEZ, BELÉN SÁNCHEZ DOMINGO: *Sinopsis de Derecho Penal, Parte general,* Dykinson, Madrid 2011.

COBO DEL ROSAL, M. y QUINTANAR DÍEZ, M.: *Instituciones de Derecho Penal español – Parte General*, CESEJ, Madrid 2010.

COBO J.V, ROJO RODES, J.E., VALLEJO, J.: *Clasificación actual de los trastornos neuróticos*, Arch Psiquiatría, Madrid 2001.

CÓRDOBA RODA, J.: *La enajenación y sus consecuencias jurídicas. Jornadas sobre psiquiatría forense*, Colección Centro de Estudios Jurídicos, Vol. 3, Ministerio de Justicia, Madrid 1994.

CUELLO CONTRERAS, J.: *El derecho penal español. Curso de iniciación, parte general. Nociones introductorias. Teoría del delito/1, 2ª ed*, Civitas, Madrid 1996.

CUELLO CONTRERAS, J.: *El derecho penal español. Parte general. Vol. 2. Teoría del delito (2)*, Dykinson, Madrid 2009.

CUELLO CONTRERAS, J.: "Reflexiones sobre la capacidad de culpabilidad del menor y su tratamiento educativo. Con una aportación al tratamiento de delincuentes jóvenes con trastorno narcisista de la personalidad", Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, núm. 12, Granada 2010.

CUELLO CONTRERAS, J., MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de derecho penal. Parte general;* Tecnos, Madrid 2015, 3ª ed.

DE AGUILAR GUALDA, S.: "Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos del control de los impulsos con repercusión penal. Texto adaptado al DSM-5 y L.O. 1/2015, de 30 de marzo", Revista Aranzadi de Derecho y Proceso Penal núm. 43, julio a septiembre de 2016.

DELGADO, A., AGUAR, M., CASTELLANO, M. Y LUNA DEL CASTILLO, J.d.D.: "Validación de una escala para la medición de los malos trastos a mujeres", Revista de Atención primaria, Vol. 38, Issue 2, Elsevier, 2006.

DE LUCA, S., NAVARRO, F., CAMARIERE, R.: "La prueba pericial y su valoración en el ámbito judicial español", Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, num. 15-19, 2013.

DELGADO BUENO, S. y RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A.: "Los trastornos en el control de los impulsos en Psiquiatría Forense. Especial referencia al juego patológico" en *Psiquiatría legal y forense*, Colex, Madrid 1994.

DEMETRIO CRESPO, E.: *Lecciones y materiales para el estudio del Derecho penal – Tomo II – Teoría del Delito,* Iustel, Madrid 2011.

DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., ROMEO CASABONA, C.M., GRACIA MARTÍN, L. e HIGUERA GUIMERÁ, J.F,: *La ciencia del Derecho Penal ante el nuevo siglo. Libro homenaje al Profesor Dr. D. José Cerezo Mir*, 1ª ed, 2ª impr, Tecnos, Madrid 2002.

DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.: *Derecho Penal español, Parte General*, Tirant lo Blanch, Valencia 2016.

DURLAK, J.A; WEISSBERG, R.P.; DYMNICKI, A.B; TAYLOR, R; & SCHELLINGER, K.B.: "The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions", Child Development, Vol. 82, 2011; DOI: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.

ELIAS, M.J., TOBIAS, S.E. y FRIEDLANDER, B.S.: *Educar con inteligencia emocional – Prólogo de Daniel Goleman*, Penguin Random House Grupo Editorial España, 2014.

ESBEC RODRÍGUEZ, E.: *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*, Edisofer, Madrid 2000.

FERNÁNDEZ BERROCAL, P. y EXTREMERA PACHECO, N.: "La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey", Dialnet, nº 54, 2005.

FERNÁNDEZ BERROCAL, P. y EXTREMERA PACHECO, N.: "Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history", Psicothema - Revista anual de Psicología, Vol. 18 – suplemento, 2006.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R.: *Introducción a la evaluación psicológica*, Pirámide, Madrid 1992.

FORCADELL, A. y PÉREZ, J.: "Efectos sobre la reincidencia de un programa de competencia psicosocial en jóvenes delincuentes", REIC (Revista española de investigación criminológica), artículo 3, núm. 13, 2015.

FONSECA MORALES, G.: *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*, Dykinson, Madrid 2009.

GARCÍA ANDRADE, J.A.: *Psiquiatría criminal y forense*, 2ª ed, Centro de estudios Ramón Areces, Madrid 2002.

GARCÍA BLAZQUEZ, M.: *Análisis médico legal de la imputabilidad en el Código Penal de 1995*, Comares, Granada 1997.

GARCÍA VALDÉS, C, CUERDA RIEZU, A, MARTÍNEZ ESCAMILLA, M, ALCÁCER GUIRAO, R y VALLE MARISCAL DE GANTE, M (Coord.): *Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat* – Tomo I Edisofer, Madrid 2008.

GARCÍA VITORIA, A.: *Actividad pericial y proceso penal*. Tirant lo Blanch, Valencia 2009.

GARRIDO GAITÁN, E., RODRÍGUEZ ESCUDEIRO, R., TEJEDOR DE FELIPE, D. y SORIA VERDE, M.A. (Coordinador): *Psicología jurídica. Un enfoque criminólogo*, Delta Ediciones, Madrid 2010.

GARRIDO GENOVÉS, V., MORALES ANGELA, L. & SÁNCHEZ-MECA, J.: "**What works for serious juvenile offenders? a systematic review", Psicothema, Vol. 18,** nº 3, 2006.

GARRIDO GENOVÉS, V.: *La mente criminal. La ciencia contra los asesinos en serie*, Ediciones Planeta, Madrid 2007.

GIL GIL, A., LACRUZ LÓPEZ, J.M., MELENDO PARDOS, M., NÚÑEZ FERNÁNDEZ, J.: *Curso de Derecho Penal español, Parte General*, 2ª ed, Dykinson, Madrid 2015.

GIMBERNAT ORDEIG, E.: "El sistema del Derecho Penal en la actualidad", en *Estudios de Derecho Penal*, 3ª ed, Tecnos, Madrid 1990.

GIMBERNAT ORDEIG, E.: "¿Tiene un futuro la Dogmática jurídico-penal?", en *Estudios de Derecho Penal, 3ª ed*, Tecnos, Madrid 1990.

GIMBERNAT ORDEIG, E.: *Estado de derecho y ley penal*, La Ley, Madrid 2009.

GISBERT CALABUIG, J.A. y SÁNCHEZ BLANQUE, A.: *Medicina legal y Toxicología*, 4ªed, Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1994.

GISBERT CALABUIG, J.A.: *Medicina legal y Toxicología*, Masson, Barcelona 1995.

GISBERT GRIFO, M.S., VERDÚ PASCUAL, F.A., VICENT GARCÍA, R.: *Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas*, Masson Salvat, Barcelona 1995.

GOLEMAN, D.: *Inteligencia emocional* (Traducción de David González Raga y Fernando Mora), 19º ed, Editorial Kaidós, Barcelona 1997.

GOLEMAN, D.: *El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos, (traducción de Carlos Mayor)*, Ediciones B, Barcelona 2013.

GOLEMAN, D.: Liderazgo. *El poder de la inteligencia emocional*, *(traducción de Carlos Mayor)*, Ediciones B, Barcelona 2013.

GÓMEZ RIVERO, Mª.C.: "Nuevas tendencias doctrinales y jurisprudenciales en el tratamiento del enfermo mental" en MARTÍNEZ PÉREZ, F. (Director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, núm. 1, CGPJ, Madrid 2006.

GONZÁLEZ DURO, E.: *La paranoia - delirios persecutorios, de grandeza y otras locuras de los cuerdos* – Temas de hoy, Colecciones fin de siglo, Madrid 1991.

HARE, R.: *The psychopathy checklist-revised – Technical Manual*, MHS, 1991.

GARCÍA-PORTILLA GONZÁLEZ, Mª P., SÁIZ MARTÍNEZ, P.A., MARTÍNEZ BARRONDO, S.: *Psiquiatría. Trastornos mentales y del comportamiento,* 9ª ed, I. Gofer, Oviedo 2005.

GONZÁLEZ RUS, J.J. y GONZÁLEZ TAPIA, M.I.: *Comentarios al Código Penal*, T.I., Madrid 1999.

GRADILLAS REGODÓN, V.: *Introducción a la Psiquiatría de Vallejo Nágera*, Editorial Científico médica, 15ª ed, Barcelona 1981.

HAY. D.: "Social conflict in early childhood, Annual Child Development", Vol. 1, 1984.

HEGGLING, M.F.: *Los enfermos mentales en el Derecho Penal. Contradicciones y falacias del sistema de medidas de seguridad*, Editores del Puerto S.R.L., Buenos Aires 2006.

HIGUERA GUIMERÁ, J.F.: *Estudios penales en homenaje al Profesor Cobo del Rosal,* Dykinson, Madrid 2005.

IGLESIAS RIO, M.A.: *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Tomo 56, Fasc/mes 1, 2003.

INGLÉS, C.J., TORREGROSA, M.S., GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.M., MARTÍNEZ-MONTEAGUDO, M.C., ESTÉVEZ, E. Y DELGADO, B.: "Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia", European Journal of Education and Pychology, Vol. 7, núm. 1, 2014.

ISAAC MARKS: *Tratamiento de las neurosis* (Traducción de Massana, Joan) – Martínez Roca – Dordrecht, Martinus Nijhoff 1986.

IZARD, CARROLL E.; FANTAUZZO, CHRISTINA A.; CASTLE, JANINE M.; HAYNES, O. MAURICE; RAYIAS, MARIA F.; PUTNAM, PRISCILLA H.: "The ontogeny and significance of infants' facial expressions in the first 9 months of life", Developmental Psychology, Vol 31, núm. 6, 1995.

IZARD. C. FINE, S., SCHULTZ. D., MOSTOW. A., ACKERMAN. B. & YOUNGSTROM. E.: "Emotion Knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk", Psychological Science, 12, 2001.

JAKOBS, G.: "Culpabilidad y prevención" en *Estudios de Derecho Penal*, (Traducción al castellano y estudio preliminar: Peñaranda Ramos, E., SUÁREZ GONZÁLEZ, C.J. y CANCIO MELIÁ, M.), Civitas, Madrid 1997.

JESCHECK, H.H. y WEIGEND, T.: *Tratado de Derecho Penal. Parte General.* Traducción de OLMEDO CARDENETE, M., 5ª ed. renovada y ampliada, Comares, Granada 2002.

JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado de Derecho Penal, Tomo V. El delito: la culpabilidad, 3ª ed,* Losada, Buenos Aires 1976.

JIMÉNEZ DÍAZ, Mª.J. y FONSECA MORALES, G.: *Trastornos de la personalidad (psicopatías): tratamiento científico y jurisprudencial* (Prólogo de Manuel Cobo del Rosal) 2ª ed, CESEJ, Madrid 2007.

JIMÉNEZ DÍAZ, MªJ.: "La impropiamente denominada eximente de minoría de edad en Derecho Penal español" en *Derecho Penal de menores y adolescentes: una visión dual desde Chile y España* (Directores: Morilla Cueva, L. y Náquira Riveros, J.) Dykinson, Madrid 2009.

JIMÉNEZ DÍAZ, Mª.J.: "Imputabilidad penal. Causas que la excluyen o modifican" en *Derecho y Medicina: Cuestiones penales relevantes para el profesional de la salud*, Thomson Reeuters Aranzadi, Navarra 2009.

JIMÉNEZ DÍAZ, Mª.J.: "Edad y menor" en *El menor como víctima y victimario de la violencia social (estudio jurídico)*, MORILLAS CUEVA, L. (Direct.), SUÁREZ LÓPEZ, J.Mª (Coord.), Dykinson, Madrid 2010.

Jurisprudencia penal (2005-2007): análisis crítico, CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL (Direct: Juan Saavedra Ruíz – Presidente Sala 2ª TS), Estudios de Derecho Judicial, Madrid 2007.

La respuesta judicial ante la enfermedad mental, CGPJ – Estudios de Derecho Judicial, Madrid 2006.

LAMPE, Strafphilosophie. Studien zur Strafgerechtigkeit, Koln 1999.

LANDENBERGER, N.A. & LIPSEY, M.W.: "The positive effects of cognitive–behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment", Journal of Experimental Criminology, Vol. 1, 2005; pp. 451-476; DOI:10.1007/s11292-005-3541-7.

Las circunstancias modificativas de la capacidad jurídica: los límites de la culpabilidad, enfermedad mental y capacidad, CGPJ – Centre d´estudis juídics i formación especialitzada, Barcelona 2000.

LÁZARO, J.: *Dilemas contemporáneos de la nosología psiquiátrica: el caso de la neurosis*, Revista de Neuropsiquiatría, núm. 76 (2), Perú, 2013.

LOEBER, R. y HAY, D.: *Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood*, Annual Review of Psychology, Vol. 48:, 1997; DOI: 10.1146/annurev.psych.48.1.

LOPES. P. N., BRACKETT. M. A., NEZLEK. J. B., SCHUTZ. A., SELLIN. I. & SALOVEY. P.: "Emotional intelligence and social interaction*"* [Empirical Study. Quantitative Study. Journal Article], Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 30, núm. 8, 2004.

LÓPEZ SÁIZ, I. y CODÓN, J.M.: "La base patológica como característica fundamental del trastorno mental transitorio", *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, mayo-agosto 1954.

LÓPEZ SÁIZ, I. y CODÓN, J.M.: *Psiquiatría jurídica penal y civil, 3ª ed,* Aldecoa, Burgos 1969.

LUIS-ROMÁN PUERTA, L.: *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, CGPJ, Madrid 2007.

LUZÓN CUESTA, J.Mª.: *Compendio de Derecho Penal – Parte General*, 23ª ed; 16ª conforme al Código, Dykinson, Madrid 2016.

LUZÓN PEÑA. D.M.: "Las consecuencias accesorias como tercera vía de sanciones penales", en *Estudios Penales en recuerdo del profesor Ruíz Antón*, Tirant lo Blanch, Valencia 2004.

LUZÓN PEÑA, D.M.: *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*, Tirant lo Blanch, Valencia 2016.

MARTÍNEZ, I., FUENTES, M.C., GARCÍA, F., MADRID, I.: "El estilo de socialización familiar como factor de prevención de riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles", Revista Adicciones versión online, Vol. 25, núm. 3, 2013.

MARTÍNEZ GARAY, L.: *La imputabilidad penal. Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, Tirant lo Blanch, Valencia 2005.

MARTÍNEZ GALINDO, G.: *Disminución de la responsabilidad penal por alteraciones psíquicas y toxicomanías*, La Ley Penal, Nº 27, Sección Estudios, Editorial LA LEY (LA LEY 951/2006), 2006.

MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J.M.: *La imputabilidad*, La Ley, Madrid 1996.

MATEO AYALA, E.J.: *La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el código penal español* – Prólogo de Higuera Guimerá, 1ª ed, Edersa, Madrid 2003.

MATEO AYALA, E.J.: *La medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Su ejecución y control*, Edersa, Madrid 2004.

MATEO AYALA, E.J.: *Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica*, 1ª ed, 1ª impr, Dykinson, Madrid 2005.

MATTHEWS, G., ZEIDNER, Z. & ROBERTS, R. D.: "Emotional intelligence: Science and myth", The MIT Press, 2002.

MAYER MAX, E.: *Derecho Penal – parte general*, B de F – 2007.

MAYER. J., PERKINS. D., CARUSO. D. Y SALOVEY. P.: "Emotional Intelligence and giftedness", Roeper Review, Vol. 23*,* 2001.

MAYER, J. D., ROBERTS, R. D., & BARSADE, S. G.: "Human Abilities: Emotional Intelligence"*, Annu. Rev. Psychol*, *59*, 2008.

MAZA MARTÍN, J.M.: *Circunstancias que excluyen o modifican la responsabilidad criminal*, Códigos Magister La Ley, Madrid 2007.

MELLONI, B.J., DOX, I., EISNER, G.M.: *Diccionario médico ilustrado de Melloni*, Medical 1982.

MILLÓN, T.: *La personalidad y sus trastornos*, Martínez Roca, Barcelona 1994.

MIR PUIG, S.: *Derecho Penal, Parte General, 10ª ed. act y rev.,* Reppertor, Barcelona 2015 (A cargo de Gómez Martín, Víctor y Valiente Ibañez, Vicente).

MONSERRAT-ESTEVE, S.: *Neurosis, Tratado de patología y clínica médicas*, 4ª ed, Tomo 4, Salvat, Barcelona 1969.

MORILLAS CUEVA, L.: *Curso de Derecho penal español, Parte general*, Marcial Pons, Madrid 1996.

MORILLAS CUEVA, L.: "Reflexiones sobre el Derecho Penal del futuro"*,* Revista electrónica de ciencia penal y criminología, núm. 4, 2002.

MORILLAS CUEVA, L.: *Derecho Penal, Parte General: Fundamentos conceptuales y metodológicos del Derecho Penal. Ley Penal*, 2ª ed., Dykinson, Madrid 2010.

MORILLAS CUEVA, L.: *Estudios sobre el Código Penal reformado (Leyes Orgánicas 1/2015 y 2/2015)*, Dykinson 2015.

MORILLAS CUEVA, L.: *Sistema de derecho penal. Parte general: Fundamentos conceptuales y metodológicos del Derecho Penal, ley penal*, 3ª ed. revisada y puesta al día, Dykinson, Madrid 2016.

MUÑOZ, J.M. y ECHEBURÚA, E.: *Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español*, Anuario de Psicología Jurídica núm, 26, Elsevier, 2016.

NATIONAL INSTITUTE POR HEALTH ANDA CLINICAL EXCELLENCE (NICE): "Obsessive-compulsive disorder. Core interventions un the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder", London 2005 (www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg031niceguideline.pdf).

NAVARRETE URIETA, J.M.: "El problema penal y criminológico de las neurosis" en *Los delincuentes mentalmente anormales* (Conferencias y Comunicaciones), XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Crimonología, celebrado en la Facultad de Derecho de Madrid el 23 de febrero de 1962, Art. Gráf. Helénica, Madrid 1962.

NEWMAN, M.G., y ANDERSON, N.L.: "Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada", Revista argentina de Clínica psicológica, núm. XVI, 2015.

Nuevas posiciones de la dogmática jurídica penal, CGPJ – Cuadernos de Derecho Judicial, Madrid 2006.

NUSSBAUM, M.: Paisajes del pensamiento: la inteligencia de las emociones, Paidós, Barcelona 2008.

OBREGÓN GARCÍA, A. y GÓMEZ LANZ, J.: *Derecho Penal. Parte General: Elementos básicos de teoría del delito*, Editorial Tecnos, Madrid 2015, 2ª ed. adaptada a las leyes.

OLMEDO CARDENETE, M.: *El delito de violencia habitual en el ámbito doméstico. Análisis teórico y jurisprudencial*, Ed. Atelier Penal, Barcelona 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10 - Décima revisión de la clasificación internaciones de las enfermedades – trastornos mentales y del comportamiento*, Meditor, Madrid 2004.

ORTEGA OTERO, M., KENDZIERSKI, M., ARANDA RUBIO, Mª E.: "Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo"*, Revista de Psicoterapia*, Vol. 26, núm. 102, 2015.

ORTEGA RUÍZ, R., SÁNCHEZ, V. y MENESINI, E.: "Violencia entre iguales y desconexión moral: un análisis transcultural", Psicothema, Vol. 14, Supl., 2002.

ORTS BERENGUER, E. y GONZÁLEZ CUSSAC, J.L.: *Compendio de Derecho Penal, Parte General*, *6ª ed.,* Tirant lo Blanch, Valencia 2016.

OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E.: "Imputabilidad y consumo de sustancias tóxicas: pericia psiquiátrico forense", Revista española de drogodependencias, 38 (2), 2013; pp. 109-115.

PÉREZ-VITORIA MORENO, O.: "El trastorno mental transitorio como causa de inimputabilidad en el Código Penal español", Anuario de derecho penal y ciencias penales, Vol. 5, núm. 1, 1952.

QUINTANAR DÍEZ, M. y ORTÍZ NAVARRO, J.F.: *Elementos del Derecho Penal. Parte General*, Tirant lo Blanch, Valencia 2015, 2ª ed.

QUINTERO OLIVARES, G.: *Locos y culpables*, 1ª ed, Aranzadi, Pamplona 1999.

QUINTERO OLIVARES G. con la colaboración de MORALES PRATS, F.: *Parte General del Derecho Penal*, 5*ª ed*, Thomson Aranzadi, Navarra 2015.

RIVAS VALLEJO, P. y GARCÍA VALVERDE, MªD. (Directoras): *Derecho y Medicina: Cuestiones jurídicas para profesionales de la salud*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra 2009.

RIVERS. S. E., BRACKETT. M. A., REYES, M. R. & SALOVEY. P.: "Emotion skills in early adolescence: Relationships to academic and social functioning", Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New York, NY, 2008.

ROLAND CHEMAMA: *Depresión. La gran neurosis contemporánea*, Nueva visión. Colección Fraud y Lacan, Buenos Aires 2007.

ROLDÁN GARRIDO, A. y LLANOS MÉNDEZ, A.: "Estimulación cerebral profunda para el tratamiento de la depresión y del trastorno obsesivo compulsivo. Informe de síntesis de tecnología emergente. Deep brain stimulation in the treatment or depressive and obsessive-compulsive disorders. Executive abstract", Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Sevilla 2013.

RODRÍGUEZ, F.J. y PAÍNO, S.G.: "Violencia y desviación social: bases y análisis para la intervención", Revista Psicothema, Vol. 6, núm. 2, 1994.

RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, C.: "Intervención psicológica en una adolescente con problemas emocionales ante una situación de desestructuración familiar", Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes, Vol. 3, núm. 1, 2016.

RODRÍGUEZ PANTOJA, F. y BUENO ARÚS, F. (Directores): *Actual doctrina de la imputabilidad penal*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid 2007.

RODRÍGUEZ RAMOS, L. (con la colaboración de RODRÍGUEZ-RAMOS LADARIA, G.): *Compendio de Derecho Penal. Parte General, 2ª ed*; Dykinson, Madrid 2010.

ROSS, R. R., & FABIANO, E. A.: "A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation", Inst of Social Sc & Arts Incorporated, 1985.

ROSS, R., FABIANO, E., & GARRIDO, V.: "El pensamiento prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia", Monográfico nº 1 de la Revista Delincuencia, 1990.

ROXIN, C.: *Derecho Penal. Parte General. T.I. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito.* Traducción de la 2ª ed. alemana y notas por Luzón Peña, D.M., Díaz y García Conlledo, M. Y. y De Vicente Remesal, J. Thomson-Civitas, Navarra 2006.

RUÍZ-ARANDA, D., CASTILLO, R., SALGUERO MARTIN, J., CABELLO, R., FERNÁNDEZ BERROCAL, P. & BALLUERKA, N.: "Short- and Midterm Effects of Emotional Intelligence Training on Adolescent Mental Health", Journal of Adolescent Health núm. 51, Elsevier, 2012.

SALGUERO, J.M., FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., RUÍZ-ARANDA, D., CASTILLO, R., PALOMERA, R.: "Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: el papel de la percepción emocional", Eurepean Journal of Education and Psychology, Vol. 4, núm. 2, 2011.

SÁINZ CANTERO, J.A. y BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I.: *Lecciones de Derecho Penal, 3ª ed*, Bosch, Barcelona 1990.

SAINZ-CANTERO CAPARRÓS, J.E.: *Los delitos de incendio*, Comares, Granada 2000.

SÁNCHEZ RUBIO, A.: *El uso del test P300 en el proceso penal español: algunos aspectos controvertidos*. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología (en línea). 2016, núm. 18-04, pp. 1- 23. Disponible en internet: http://criminet.ugr.es/recpc/18/recpc18-04.pdf. ISSN 1695-0194 [RECPC 18-04 (2016), 27 ene].

SANZ VELLOSILLO, P. y FERNÁNDEZ-CUEVAS VICARIO, A.: "Trastorno obsesivo compulsivo", Science Direct, Elsevier, Vol. 11, Issue 84, 2015.

SCHEJTMAN, F.: *Elaboraciones lacanianas sobre la neurosis*, Programa Ediciones, Buenos Aires 2012.

SCHULTZ, D., IZARD, C. E., ACKERMAN, B. P. y YOUNGSTROM, E.A.: "Emotion knowledge in economically disadvantaged children: self-regulatory antecedents and relations to social difficulties and withdrawal", Development and Psychopathology, Vol. 13, Cambridge University Press 2001.

SERVET MAGRO, V.: "Casuística práctica del internamiento en centro psiquiátrico como medida de seguridad", Diario La Ley, nº 6594, Sección Doctrina, Ref. D248, 2006.

SCHNEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas* (Versión española del Dr. Bartolomé Llopis) Ediciones Morata, Madrid 1971.

SCHENEIDER, K.: *Psicopatología clínica*, Paz Montalvo, Madrid 1963.

SCHUTTE, N.S., MALOUFF, J.M., BOBIK, C., COSTON, T.D., GREESON, C., JEDLICKA C., RHODES, E. y WENDORF, G.: "Emotional Intelligence and Interpersonal Relations", The Journal of Social Psychology, Vol. 141, 2001.

SINGER, W.: "Experiencia propia y descripción neurobiológica ajena. Dos fuentes de conocimiento cargadas de conflicto" (Traducción y nota preliminar de Miguel Ángel Cano Paños), Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, num. 12-r5, 2010.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA: *Trastornos neuróticos* (coordinador Miquel Roca Bennasar), Ars Médica, Barcelona 2001.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA: *Trastornos del humor* (coordinador Miquel Roca Bennasar) – Ars Médica, Madrid 2000.

SORDI STOCK, B.: "Programas para agresores de violencia de género en prisión: ¿avanzamos o caminamos en círculos?", Estudios Penales y Criminológicos, Universidad de Santiago de Compostela/Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Vol. XXXVI, 2016.

SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C. (Coordinador), JUDEL PRIETO, A. y PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R.: *Manual de Derecho Penal. Tomo I. Parte General, 6ª ed,* Thomson Reuters Aranzadi, Navarra 2011.

TARUFFO, M., ANDRÉS IBÁÑEZ, P., CANDAU PÉREZ, A.: *Consideraciones sobre la prueba judicial*, 2ª ed. Fundación Coloquio Jurídico Europeo, Madrid 2010.

TOMÁS VILALTELLA, J., BIELSA CARRAFA, A., RAFAEL LINARES, A.: *Trastorno bipolar de inicio precoz. Consensos y discrepancias*, Editorial Médica Panamericana, Madrid 2013.

TONG, L.S.J. & FARRINGTON, D.P.: "How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries", Journal Psychology, Crime and Law, Vol. 2, 2006.

TORÍO LÓPEZ, A.: *Estudios jurídicos en honor al Profesor Octavio Pérez-Vitoria, Vol. II*, Boch, Barcelona 1983.

TREMBLAY, R., NAGÍN, D., SEGUIN, J., ZOCCOLLILO, M., ZELAZO, P., BOIVIN, M., PÉRUSSE, D. Y JAPPEL, C.: "Physical Aggression during early childhood: trajectories and predictors"*,* Pediatrics núm. *114*, 2004.

TRUJILLO FLORES, M. M. y RIVAS TOVAR, L. A:. "Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional", Innovar [online]. 2005, vol.15, n.25 [cited 2016-12-14].

TYRER, P.: *Classification of Neurosis*, Chichester John Wiley & Sons, 1989.

TYRER, P.: ¿*Neurosis divisible?,* Lancet 1985.

UNDERWOOD, M.K; COIE, J.D. & HERBSMAN, C.R.: "Display rules for anger and aggression in School-Age children", Child Development, Vol. 63, núm. 2, 1992.

URRUELA MORA, A.: *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica. La capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*, Comares, Bilbao-Granada, 2004.

URRUELA MORA, A.: *Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad: especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a sujetos afectos a anomalía o alteración psíquica*, Comares, Granada, 2009.

VALLEJO NÁGERA: *Introducción a la Psiquiatría*, CFA Editorial científico-médica, 15ª ed, 1981.

VARA SÁNCHEZ, A., ARGENTE LEAL, T.: "Factores familiares de riesgo y de protección asociados al comportamiento criminal", Dossier II, Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses, núm. 31, 2015.

VIEIRA MORANTE, F.J. (Director): *Nuevas posiciones de la dogmática jurídica penal;* Cuadernos de Derecho Judicial VII, Consejo del Poder Judicial, Madrid 2006.

VIKTOR FRANKL: *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial* (versión castellana de Constantino Ruiz-Garrido), Herder, Barcelona, 2008.

VILALTA SUÁREZ, R.J. y WINBERG NODAL, M.: "El análisis funcional de la conducta en la evaluación psicológica forense de la credibilidad del testimonio", Revista Behavior and Law Journal 2, núm. 1.

VILCHEZ CEBALLOS, M., OROZCO ALONSO, Mª T.: "Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo", Revista de casos clínicos en salud mental, vol. 3, núm. 1, 2015.

ZAFFARONI, E.R., ALAGIA, A. y SLOKAR, A.: *Derecho Penal. Parte General*, Ediar, Buenos Aires 2000.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Direct) y PÉREZ ALONSO, E.J. (Coord): *Derecho Penal, Parte General*, 2ª ed, Tirant lo Blanch, Valencia 2004. Tema 31 "Delitos de acción. La culpabilidad", de MACHADO RUIZ, MªD. y MAQUEDA ABREU, MªL.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M.: *Fundamentos de derecho penal parte general. Incorpora la LO 5/2010, de 22 de junio, de Reforma del Código Penal*, 4ª ed, Tirant lo Blanch, Valencia 2010.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Director) y MORENO-TORRES HERRERA, Mª.R. (Coordinadora); MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E., RAMOS TAPIA, I. y ESQUINAS VALVERDE, P. y VALVERDE CANO, A.B. (Autores): *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*, Tirant lo Blanch, Valencia 2016.

BIOLÓGICA
BERENGUER
Violencia
BIBLIOGRAFÍA
DSM-5
Compendio
SALUD
Tratamiento
Olmedo
Medicina
delito
doctrina
jurisprudencial
Revista
Fraud
prevención
enfermedad
ROXIN
Profesor
Neurosis
Psychology
dogmática
alteración
Penal
Thomson-Civitas
Reflexiones
Ediciones
homenaje
Neuropsiquiatría
Tecnos
Dykinson
Judicial
Derecho
Castillo
Criminology
Civitas
Editorial
imputabilidad
trastornos-asociados
Forense
University
psicosocial
CALABUIG
Journal
Criminología
Ley
BACIGALUPO
SALOVEY
ciencia

ANEXOS

ANEXO II
ÍNDICE JURISPRUDENCIAL

SENTENCIAS TRIBUNAL SUPREMO

STS de 16 de abril de 1902 (Referencia en NAVARRETE URIETA, J.M.: "El problema penal…"cit. (p. 473) y LÓPEZ SÁIZ, I. y CODÓN, J.M.: *Psiquiatría jurídica*…cit. (p. 555).
STS de 9 de noviembre de 1935 (RJ 1935/2093)
STS de 27 de febrero de 1936 (RJ 1936/501)
STS de 18 de abril de 1940 (RJ 381/1940)
STS de 3 de abril 1945 (RJ 1945/543)
STS de 23 de enero de 1946 (RJ 1946/65)
STS de 10 de marzo de 1947 (RJ 1947/379)
STS de 2 de abril de 1947 (RJ 1947/522)
STS de 18 de marzo de 1948 (RJ 1948/536)
STS de 29 de mayo de 1948 (RJ 1948/870)
STS de 29 de octubre de 1959 (RJ 3889/1959)
STS de 12 de mayo de 1960 (RJ 1960/1599)
STS de 16 de junio de 1961 (RJ 1961/2196)
STS de 1 de junio de 1962 (RJ 1962/2502)
STS de 28 de diciembre de 1964 (Ref. 5668. Repertorio Jurisprudencial Aranzadi. 1964. Tomo XXXI-2)
STS de 21 de enero de 1965 (RJ 1965/66)
STS de 4 de abril de 1968 (RJ 1968/1755)
STS de 27 de septiembre de 1968 (RJ 1968/3691)
STS de 12 de marzo de 1970 (RJ 1970/1375)
STS de 30 de junio de 1970 (RJ 1970/3176)
STS de 13 de octubre de 1971 (RJ 1971/3800)
STS de 22 de mayo de 1972 (RJ 1972/2644)
STS de 15 de octubre de 1974 (RJ 1974/3911)
STS de 9 de noviembre de 1974 (RJ 1974/4282)
STS de 12 de mayo de 1975 (RJ 1975/2080)
STS de 20 de enero de 1976 (RJ 1976/157)
STS de 27 de enero de 1978 (RJ 1978/106)
STS 483/1978, de 21 de febrero de 1978 (RJ 1978/483)
STS de 21 de octubre de 1978 (RJ 1978/3251)
STS 168/1979, de 24 de enero de 1979 (EDJ 1979/1093)
STS 112/1979, de 2 de febrero de 1979 (EDJ 1979/1127)
STS 1145/1979, de 15 de marzo de 1979 (RJ 1979/1145)
STS de 11 de mayo de 1979 (RJ 1979/2004)
STS de 18 de junio de 1979 (EDJ 1979/2122)
STS 1100/1979, de 18 de octubre de 1979 (EDJ 1979/1580)
STS 140/1980, de 25 de enero de 1980 (RJ 1980/140)
STS de 11 de febrero de 1980 (RJ 1980/466)
STS de 22 de abril de 1977 (RJ 1977/1731)
STS de 15 de marzo de 1979 (RJ 1979/1145)

STS 1910/1980, de 12 de mayo de 1980 (RJ 1980/1910)
STS de 25 de noviembre de 1980 (EDJ 1980/1286)
STS de 17 de diciembre de 1980 (RJ 1980/4944)
STS de 5 de marzo de 1980 (RJ 1980/944)
STS de 5 de mayo de 1980 (RJ 1981/2236)
STS de 21 de enero de 1981 (RJ 1981/168)
STS de 19 de mayo de 1981 (RJ 1981/2236)
STS de 6 de junio de 1981 (RJ 1981/2581)
STS de 20 de mayo de 1981 (Ref. 2258. Repertorio Jurisprudencial Aranzadi. 1981 – Vol. I. Stc 1 a 2911).
STS de 26 de junio de 1981 (RJ 1981/2799)
STS de 22 de abril de 1982 (EDJ 1982/2379)
STS de 23 de abril de 1982 (RJ 1982/2118)
STS de 26 de mayo de 1982 (RJ 1982/2720)
STS de 12 de junio de 1982 (RJ 1982/3522)
STS de 20 de octubre de 1982 (RJ 1982/5663)
STS de 23 de noviembre de 1982 (RJ 1982/7183)
STS de 21 de diciembre de 1982 (RJ 1982/7858)
STS de 21 de enero de 1983 (RJ 1983/40)
STS de 26 de febrero de 1983 (RJ 1983/1733)
STS de 19 de diciembre de 1983 (RJ 1983/6591)
STS de 2 de junio de 1984 (RJ 1984/3767)
STS de 26 de enero de 1985 (RJ 1985/361)
STS de 22 de mayo de 1985 (RJ 1985/2525/ROJ: 777/1985)
STS de 16 de julio de 1985 (RJ 1985/4111)
STS de 17 de diciembre de 1985 (EDJ 1985/6633)
STS de 15 de enero de 1986 (RJ 1986/131)
STS de 10 de abril de 1986 (1986/1954)
STS de 9 de mayo de 1986 (ROJ: 2334/1986)
STS de 5 de diciembre de 1986 (RJ 1986/7788)
STS de 17 de diciembre de 1986 (RJ 1986/7940)
STS de 19 de diciembre de 1986 (RJ 1986/7968)
STS de 14 de febrero de 1987 (RJ 1987/1253)
STS de 3 de julio de 1987 (RJ 1987/5152)
STS de 14 de octubre de 1987 (RJ 1987/7369)
STS de 26 de octubre de 1987 (RJ 1987/7599)
STS de 18 de noviembre de 1987 (EDJ 1987/8432)
STS 13726/1988, de 5 de abril (ROJ: 13726/1988)
STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988/1359/ EDJ 1988/1636)
STS de 23 de marzo de 1988 (RJ 1988/2079)
STS de 28 de marzo de 1988 (RJ 1988/2114)
STS de 5 de abril de 1988 (RJ 1988/2721)
STS de 13 Junio de 1988 (RJ 1988/4706)
STS de 17 de octubre de 1988 (RJ 1988/8328)
STS de 17 de noviembre de 1988 (EDJ 1988/9061)
STS de 16 de diciembre de 1988 (EDJ 1988/9897)

STS de 24 febrero de 1989 (EDJ 1989/2048)
STS de 6 Marzo de 1989 (RJ 1989/2503)
STS de 24 de mayo de 1989 (RJ 1989/4251)
STS de 14 de febrero de 1989 (EDJ 1989/1529)
STS de 9 de octubre de 1989 (ROJ: 5197/1989)
STS de 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989/8536)
STS de 5 de diciembre de 1989 (EDJ 1989/10910)
STS de 12 de diciembre de 1989 (EDJ 1989/11121)
STS de 3 de enero de 1990 (RJ: 1990/263-EDJ 1990/36)
STS de 8 de febrero de 1990 (EDJ 1990/1231)
STS de 6 de abril de 1990 (RJ 1990/3199)
STS de 27 de abril de 1990 (RJ 1990/3351)
STS de 10 de mayo de 1990 (ROJ: 3897/1990)
STS de 4 de julio de 1990 (RJ 1990/6214)
STS de 16 de julio de 1990 (ROJ: 6714/1990)
STS de 1 de diciembre de 1990 (RJ 1990/9369)
STS de 24 de diciembre de 1990 (EDJ 1990/11943)
STS de 16 de enero de 1991 (RJ 1991/124)
STS de 4 de febrero de 1991 (EDJ 1991/1083)
STS de 5 de marzo de 1991 (RJ 1991/1911)
STS de 15 de abril de 1991 (EDJ 1991/3817)
STS de 27 de abril de 1991 (EDJ 1991/4361)
STS de 29 de abril de 1991 (RJ: 1991/2986- EDJ 1991/4387)
STS de 6 de mayo de 1991 (RJ 1991/3547)
STS de 27 de mayo de 1991 (EDJ 1991/5528)
STS de 20 de junio de 1991 (EDJ 1991/6605)
STS de 12 de septiembre de 1991 (ROJ: 7552/1991)
STS de 27 de septiembre de 1991 (EDJ 1991/9057)
STS de 21 de octubre de 1991 (RJ 1991/7327)
STS de 26 de febrero de 1992 (RJ 1992/1347)
STS de 8 de abril de 1992 (RJ 1992/3129)
STS de 14 de abril de 1992 (RJ 1992/3055)
STS de 11 de mayo de 1992 (RJ 1992/3774)
STS de 11 de junio de 1992 (RJ 1992/5053)
STS de 16 de junio de 1992 (RJ 1992/5389)
STS de 30 de junio de 1992 (EDJ 1992/7122)
STS de 14 de julio de 1992 (EDJ 1992/7838)
STS de 15 de julio de 1992 (RJ 1992/7362)
STS de 30 de septiembre de 1992 (ROJ: 7399/1992)
STS de 5 de octubre de 1992 (RJ 1992/7736)
STS de 20 de octubre de 1992 (RJ 1992/8408)
STS de 31 de octubre de 1992 (RJ 1992/8630)
STS de 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992/10224)
STS de 27 de enero de 1993 (RJ 1993/198)
STS de 19 de febrero de 1993 (RJ 1993/1375)
STS de 20 de marzo de 1993 (RJ 1993/2423)

STS de 7 de mayo de 1993 (RJ 1993/3860)
STS de 18 de mayo de 1993 (RJ: 1993/4171- EDJ 1993/4707)
STS de 21 de mayo de 1993 (RJ 1993/4245)
STS 1043/1993, de 17 de julio de 1993 (EDJ 1993/7265)
STS de 21 de septiembre de 1993 (RJ: 1993/6816)
STS de 22 de septiembre de 1993 (ROJ: 6110/1993)
STS de 18 de octubre de 1993 (RJ 1993/7791)
STS de 19 de octubre de 1993 (RJ 1993/4177)
STS de 29 de octubre de 1993 (RJ 1993/7988)
STS de 7 de noviembre de 1993 (EDJ 1993/9959)
STS de 22 de noviembre de 1993 (ROJ: 7866/1993)
STS 8343/1993, de 3 de diciembre de 1993 (ROJ: 8343/1993)
STS de 18 de febrero 1994 (RJ 1994/936)
STS de 20 de abril de 1994 (RJ 1994/3350)
STS de 30 de mayo de 1994 (RJ 1994/4065)
STS de 1 julio de 1994 (EDJ 1994/5765)
STS de 19 de julio de 1994 (RJ 1994/6653)
STS de 20 de julio de 1994 (RJ 1994/6615)
STS de 30 de septiembre de 1994 (EDJ 1994/8064)
STS de 4 de octubre de 1994 (RJ 1994/7610)
STS de 15 de octubre de 1994 (RJ: 7920/1994)
STS de 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994/10147)
STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994/10252)
STS 1588/1994, de 27 de mayo de 1994 (ROJ: 9709/1994)
STS de 3 de octubre de 1994 (RJ 1994/7904)
STS de 22 de diciembre de 1994 (RJ 1994/10252)
STS de 8 de febrero de 1995 (RJ 1995/808)
STS 682/1995, de 23 de mayo de 1995 (EDJ 1995/3381)
STS de 8 de noviembre de 1995 (EDJ 1995/6003)
STS 1164/1995, de 22 de noviembre de 1995 (EDJ 1995/6144)
STS de 19 de diciembre de 1995 (EDJ 1995/7460)
STS de 8 de marzo de 1996 (EDJ 1996/1573)
STS de 12 de marzo de 1996 (RJ 1996/1945)
STS de 24 de mayo de 1996 (RJ: 4558/1996)
STS de 27 de septiembre de 1996 (RJ 1996/6496)
STS 854/1996, de 16 de noviembre (EDJ 1996/8295)
STS de 20 de diciembre de 1996 (RJ 1996/9662- EDJ 1996/10379)
STS (Sala 5ª), de 14 de febrero de 1997 (RJ 1997/1214)
STS de 13 de febrero de 1997 (EDJ 1997/1031)
STS de 26 de febrero de 1997 (EDJ 1997/2790)
STS 332/1997, de 17 de marzo de 1997 (RJ 1997/1692)
STS de 19 de abril de 1997 (EDJ 1997/3067)
STS de 7 de junio de 1997 (RJ 1997/4869)
STS de 28 de noviembre de 1997 (RJ 1997/8325)
STS 1307/1998, de 13 de febrero de 1998 (EDJ 1998/1271)
STS de 11 de mayo de 1998 (EDJ 1998/4874)

STS de 5 de junio de 1998 (RJ 1998/5489)
STS de 9 de junio de 1998 (RJ 1998/5159)
STS de 18 de junio de 1998 (EDJ 1998/7843)
STS de 25 de junio de 1998 (EDJ 1998/7845)
STS de 1 de julio de 1998 (RJ 1998/7562)
STS de 27 de julio de 1998 (EDJ 1998/19868)
STS de 25 de noviembre de 1998 (EDJ 1998/33188)
STS de 16 de febrero de 1999 (RJ 1999/1281)
STS de 30 de abril de 1999 (RJ 1999/3854)
STS (Sala 5ª), de 11 de mayo de 1999 (RJ 1999/8042)
STS de 24 de mayo de 1999 (RJ: 1999/5246)
STS de 10 de junio de 1999 (RJ: 1999/3885; LA LEY 6577/1999)
STS de 29 de junio de 1999 (RJ 1999/6116)
STS 1400/1999, de 9 de octubre de 1999 (ROJ: 6240/1999)
STS 1495/99, de 19 de octubre (EDJ 1999/29602)
STS 1597/1998, de 15 de noviembre de 1999 (EDJ 1999/33783)
STS 1719/1999, de 29 de noviembre de 1999 (RJ 1999/8723)
STS de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000/420)
STS 494/2000, de 29 de junio de 2000 (EDJ 2000/21387)
STS de 30 de junio de 2000 (RJ 2000/5654)
STS de 9 de octubre de 2000 (EDJ 2000/35184)
STS de 27 de mayo de 2003 (RJ 2003/4278)
STS de 17 de enero de 2000 (RJ 2000/717)
STS de 4 de febrero de 2000 (RJ 2000/420)
STS de 27 de abril de 2000 (EDJ 2000/9207)
STS de 30 de junio de 2000 (RJ 2000/5654)
STS de 8 de febrero de 2001 (RJ 2001/277)
STS de 14 de mayo de 2001 (RJ 2001/10313)
STS de 13 de octubre de 2001 (RJ 2001/9467-EDJ 2001/40444)
STS 262/2001, de 23 de febrero de 2001 (ROJ: 1308/2001- EDJ 2001/6673)
STS de 8 de marzo de 2001 (RJ 2001/1347)
STS 437/2001, de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001/1994)
STS de 22 de marzo de 2001 (RJ 2001/1960)
STS de 7 de mayo de 2001 (EDJ 2001/8453)
STS de 22 de mayo de 2001 (RJ 2001/5662)
STS 737/2001, de 7 de mayo de 2001 (RJ 2001/2695/EDJ 2001/8453)
STS de 14 de mayo de 2001 (EDJ 2001/9102)
STS 1164/2001, de 18 de junio de 2001 (ROJ: 5205/2001)
STS de 18 de junio de 2001 (RJ 2002/9944)
STS 7022/2001, de 28 de junio de 2001 (RJ 2001/7022)
STS de 22 de septiembre de 2001 (RJ 2001/7861)
STS de 13 de octubre de 2001 (RJ 2001/9467)
STS de 31 de octubre de 2001 (RJ 2001/9467)
STS 1948/2001, de 29 de octubre de 2001 (EDJ 2001/41124)
STS de 5 de noviembre de 2001 (RJ 2001/9692)
STS 72/2002, de 21 de enero de 2002 (RJ: 2002/1570)

STS 100/2002, de 2 de febrero de 2002 (EDJ 2002/9754)
STS de 8 de marzo de 2002 (RJ 2002/3494)
STS 426/2002, de 11 de marzo de 2002 (EDJ 2002/4101)
STS de 14 de marzo de 2002 (RJ 2002/3736)
STS de 17 de abril de 2002 (RJ 2002/4268- EDJ 2002/10530)
STS de 16 de mayo de 2002 (EDJ 2002/16853)
STS de 24 de abril de 2002 (EDJ 2002/16816)
STS 785/2002, de 25 de abril de 2002 (ROJ: 2958/2002)
STS de 13 de septiembre de 2002 (RJ 2002/8942/EDJ 2002/39411)
STS 1807/2002, de 4 de noviembre de 2002 (RJ 2002/10854/ EDJ 2002/49725)
STS de 3 de diciembre de 2002 (RJ 2002/174)
STS de 19 de noviembre de 2002 (EDJ 2002/51893)
STS de 13 de diciembre de 2002 (EDJ 2002/59254)
STS de 10 de marzo de 2003 (EDJ 2003/6587)
STS de 18 de marzo de 2003 (2003/3839)
STS de 21 de abril de 2003 (RJ 2003/4667)
STS de 5 de mayo de 2003 (EDJ 2003/109871)
STS 659/2003, de 9 de mayo de 2003 (RJ 2003/7144)
STS de 17 de mayo de 2003 (EDJ 2003/50854)
STS 721/2003, de 20 de mayo de 2003 (EDJ 2003/30219)
STS de 9 de junio de 2003 (EDJ 2003/35185)
STS de 10 de julio de 2003 (EDJ 2003/104538)
STS de 18 de septiembre de 2003 (EDJ 2003/110666)
STS 1172/2003, de 22 de septiembre de 2003 (ROJ: 5628/2003)
STS de 22 de octubre de 2003 (EDJ 2003/146633)
STS de 5 de noviembre de 2003 (EDJ 2003/152665)
STS de 15 de enero de 2004 (RJ 2004/2134)
STS de 23 de enero de 2004 (EDJ 2004/8218)
STS de 27 de enero de 2004 (EDJ 2004/3943)
STS 251/2004, de 26 de febrero de 2004 (ROJ: 1293/2004)
STS de 25 de marzo de 2004 (RJ 2004/3693)
STS de 25 de marzo de 2004 (EDJ 2004/31430)
STS de 29 de marzo de 2004 (RJ 2004/3423)
STS 631/2004, de 13 de mayo DE 2004 (EDJ 2004/54997)
STS de 21 de junio de 2004 (EDJ 2004/255441)
STS de 19 de julio de 2004 (RJ 2004/6039)
STS de 17 de septiembre de 2004 (RJ 2004/5777)
STS de 13 de octubre de 2004 (RJ 2004/6261)
STS de 16 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/184852)
STS de 29 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/219320)
STS 75/2005, de 25 de enero de 2005 (ROJ: 300/2005)
STS de 25 de enero de 2005 (EDJ 2005/13299)
STS 186/2005, de 10 de febrero de 2005 (EDJ 2005/23854)
STS de 21 de febrero de 2005 (RJ 2005/4387)
STS de 15 de abril de 2005 (EDJ 2005/307868)
STS de 6 de mayo de 2005 (RJ 2005/5694)

STS de 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005/7200)
STS 1110/2005, de 5 de octubre de 2005 (EDJ 2005/165894)
STS de 19 de octubre de 2005 (EDJ 2005/180378)
STS de 21 de noviembre de 2005 (RJ 2006/181)
STS 207/2006, de 7 de febrero de 2006 (ROJ: 715/2006)
STS de 13 de marzo de 2006 (EDJ 2006/29202)
STS de 24 de marzo de 2006 (EDJ 2006/114142)
STS 1170/2006, de 24 de noviembre de 2006 (ROJ: 7493/2006)
STS 1224/2006, de 7 de diciembre de 2006 (ROJ: 7824/2006)
STS de 2 de febrero de 2007 (EDJ 2007/8542)
STS de 28 de febrero de 2007 (EDJ 2007/15799)
STS 455/2007, de 19 de mayo de 2007 (ROJ: 3432/2007)
STS 258/2007, de 19 de julio de 2007 (ROJ: 5530/2007)
STS 735/2007, de 18 de septiembre de 2007 (ROJ: 6438/2007)
STS de 28 de noviembre de 2007 (EDJ 2007/222945)
STS 1103/2007, de 21 de diciembre de 2007 (ROJ: 8849/2007)
STS de 4 de octubre de 2007 (EDJ 2007/184796)
STS 139/2008, de 28 de febrero de 2008 (EDJ 2008/48901)
STS de 9 de abril de 2008 (EDJ 2008/48919)
STS 175/2008, de 14 de mayo de 2008 (ROJ: 2191/2008)
STS 323/2008, de 16 de mayo de 2008 (ROJ: 2951/2008)
STS de 10 de julio de 2008 (EDJ 2008/128665)
STS de 20 de noviembre de 2008 (EDJ 2008/272896)
STS 939/2008, de 26 de diciembre de 2008 (ROJ: 7253/2008)
STS 915/2008, de 22 de diciembre de 2008 (LA LEY 226034/2008)
STS 90/2009, de 3 de febrero de 2009 (ROJ: 917/2009)
STS de 17 de febrero de 2009 (EDJ 2009/32159)
STS 232/2009, de 10 de marzo de 2009 (ROJ: 1097/2009)
STS de 20 de mayo de 2009 (EDJ 2009/150250)
STS 983/2009, de 21 de septiembre de 2009 (ROJ: 6132/2009)
STS 914/2009, de 24 de septiembre de 2009 (ROJ: 6129/2009)
STS de 8 de octubre de 2009 (EDJ 2009/218076)
STS de 10 de diciembre de 2009 (EDJ 2009/315059)
STS 304/2010, de 29 de marzo de 2010 (LA LEY 34229/2010)
STS 482/2010, de 4 de mayo de 2010 (ROJ: 3250/2010)
STS 407/2010, de 12 de mayo de 2010 (EDJ 2010/84214)
STS 1019/2010, de 2 de noviembre de 2010 (ROJ: 7153/2010)
STS 65/2011, de 2 de febrero de 2011 (ROJ: 691/2011)
STS 82/2011, de 17 de febrero de 2011 (ROJ: 904/2011)
STS 293/2011, de 14 de abril de 2011(EDJ 2011/71403)
STS 275/2011, de 14 de abril de 2011 (EDJ 2011/71423)
STS 315/2011, de 16 de abril de 2011 (ROJ: 2474/2011)
STS 338/2011, de 16 de abril de 2011 (ROJ: 2853/2011)
STS 315/2011, de 16 de abril de 2011 (ROJ: 2474/2011)
STS de 29 de diciembre de 2011 (EDJ 2011/322764)
STS de 12 de mayo de 2010 (EDJ 2010/94536)

STS 696/2011, de 19 de mayo de 2011 (ROJ: 5631/2011)
STS 569/2012, de 27 de junio de 2012 (ROJ: 5078/2012)
STS 632/2011, de 28 de junio de 2011 (ROJ: 5129/2011)
STS 920/2011, de 29 de julio de 2011 (ROJ: 5839/2011)
STS 1125/2011, de 2 de noviembre de 2011 (ROJ: 7290/2011)
STS de 2 de noviembre de 2011 (EDJ 2011/262993)
STS de 28 de noviembre de 2011 (EDJ 2011/291519)
STS de 19 de diciembre de 2011 (EDJ 2011/323988)
STS 1426/2011, de 29 de diciembre de 2011 (ROJ: 9146/2011)
STS 29/2012, de 18 de enero de 2012 (ROJ: 397/2012)
STS 216/2012, de 1 de febrero (EDJ 2012/46374)
STS 149/2012, de 22 de febrero de 2012 (ROJ: 1373/2012)
STS 467/2012, de 11 de mayo de 2012 (ROJ: 3899/2012)
STS de 11 de mayo de 2012 (EDJ 2012/110141)
STS 569/2012, de 27 de junio de 2012 (ROJ: 5078/2012- EDJ 154665/2012)
STS 63/2013, de 7 de febrero de 2013 (ROJ: 326/2013)
STS 226/2013, de 15 de marzo de 2013 (ROJ: 1638/2013)
STS 932/2013, de 4 de diciembre de 2013 (ROJ: 5851/2013/ EDJ 2013/246781)
STS 978/2013, de 23 de diciembre de 2013 (LA LEY 204323/2013)
STS 57/2014, de 22 de enero de 2014 (ROJ: 643/2014)
STS de 29 de enero de 2014 (EDJ 2014/7510)
STS 34/2014, de 6 de febrero de 2014 (ROJ: 240/2014)
STS 121/2014, de 19 de febrero de 2014 (ROJ: 602/2014)
STS 211/2014, de 18 de marzo de 2014 (ROJ: 1534/2014)
STS de 24 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/165287)
STS de 31 de marzo de 2016 (EDJ 2016/30689)
STS de 14 de julio de 2016 (EDJ 2016/110781)
STS de 5 de octubre de 2016 (EDJ 2016/171431)

AUTOS TRIBUNAL SUPREMO

ATS de 2 de noviembre de 1994 (RJ: 1994/8391)
ATS de 5 de julio de 1995 (EDJ 1995/4979)
ATS de 18 de septiembre de 2003 (JUR 2003/226609)
ATS de 6 de marzo de 2002 (JUR 2002/91665)
ATS de 2 de diciembre de 2002 (JUR 2003/787)
ATS de 9 de marzo de 2006 (JUR 2006/109719)
ATS de 4 de octubre de 2007 (EDJ 2007/184814)
ATS de 4 de octubre de 2007 (EDJ 2007/191050)
ATS de 10 de julio de 2008 (EDJ 2008/128665)
ATS 1969/2010, de 7 de octubre de 2010 (ROJ: 13667/2010 / EDJ 2010/244348)
ATS 1921/2010, de 14 de octubre de 2010 (ROJ: 13669/2010)
ATS 834/2011, de 16 de junio de 2011 (ROJ: 7540/2011)
ATS de 12 de abril de 2012 (ROJ: 5702/2012)
ATS 1061/2012, de 7 de junio de 2012 (EDJ 2012/123973)
ATS 1722/2012, de 25 de octubre de 2012 (ROJ: 11375/2012)

ATS 905/2012, de 12 de abril de 2012 (ROJ: 5702/2012)
ATS 49/2013, de 17 de enero de 2013 (ROJ: 236/2013)
ATS 40/2013, de 17 de enero de 2013 (ROJ: 749/2013)
ATS 1308/2013, de 6 de junio de 2013 (ROJ: 6731/2013)
ATS 1232/2013, de 6 de junio de 2013 (ROJ: 6431/2013)
ATS 1227/2013, de 13 de junio de 2013 (ROJ: 6424/2013)
ATS 1573/2013, de 18 de julio de 2013 (ROJ: 7911/2013)
ATS 612/2013, de 21 de marzo de 2013 (ROJ: 2721/2013)
ATS 1958/2013, de 17 de octubre de 2013 (ROJ: 9863/2013)

ACUERDOS DE LA SALA SEGUNDA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Acuerdo de 21 de mayo de 1999, aprobado en Pleno de 23 de febrero de 2001
Acuerdo adoptado en Sala general, por el Pleno de la Sala Segunda, en su reunión de 26 de octubre de 2010
Acuerdo adoptado en Sala general, por el Pleno de la Sala Segunda, en su reunión de 27 de abril de 201

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

STC 23/1986, de 14 de febrero, recurso de amparo 746/1984 (BOE núm. 55, de 5 de marzo de 1986)
STC 21/1987, de 19 de febrero, recurso de amparo núm. 1126/85 (BOE núm. 54, de 4 de marzo de 1987)
STC 131/1987, de 20 de julio, recurso de amparo núm. 1195/85 (BOE núm. 191, de 11 de agosto de 1987)

AUDIENCIA NACIONAL

SAN, Sala de lo Penal, de 16 de noviembre de 1990 (LA LEY 1145-JF/0000)

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS

STEDH 7215/1975, de 5 de noviembre de 1981: Caso *X contra Reino Unido* (EDJ 1981/1161)
STEDH 9019/1980, de 23 de febrero de 1984: Caso *Luberti* (EDJ 1984/6849)
STEDH 45508/1999, de 5 de octubre de 2004: *Caso H.L. contra Reino Unido* (EDJ 2004/116142)

AUDIENCIAS PROVINCIALES Y TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA

SAP de Ciudad Real, de 28 de septiembre de 1993 (EDJ 1993/13803)
SAP de Barcelona de 25 de julio de 1995 (ARP 1995/1023)
SAP de Barcelona, de 5 de febrero de 1996 (ARP 1996/108)
SAP de Badajoz, de 13 de mayo de 1996 (EDJ 1996/2985)
SAP de Granada, de 8 de julio de 1996 (EDJ 1996/13148)

SAP de Barcelona, de 30 de noviembre de 1996 (EDJ 1996/13128)
SAP de La Rioja, de 20 de septiembre de 1996 (EDJ 1996/13131)
SAP de Granada de 2 de diciembre de 1996 (ARP 1996/1380)
SAP de La Rioja de 7 de febrero de 1997 (ARP 1997/216)
SAP de Girona de 22 de abril de 1997 (ARP 1997/445)
STSJ de Andalucía (Granada), de 20 de noviembre de 1997 (EDJ 1997/16293)
SAP de Alicante de 2 de febrero de 1998 (ARP 1998/1133)
SAP de Palencia de 26 de febrero de 1998 (ARP 1998/1363)
SAP de Zamora, de 30 de abril de 1998 (EDJ 1998/10494)
SAP de Madrid, de 12 de mayo de 1998 (EDJ 1998/40054)
SAP de Asturias, de 15 de junio de 1998 (EDJ 1998/18451)
STSJ de Andalucía (Granada), de 26 de junio de 1998 (EDJ 1998/14958)
SAP de Cantabria, de 27 de julio de 1998 (EDJ 1998/22727)
SAP de Murcia de 16 de octubre de 1998 (JUR 1999/4375)
SAP de Albacete, de 24 de octubre de 1998 (ARP 1998/4257)
SAP de Valladolid de 6 de noviembre de 1998 (ARP 1998/4711)
SAP de Castellón de 21 de diciembre de 1998 (ARP 1998/4575)
STSJ de Andalucía (Granada), de 26 de diciembre de 1998 (EDJ 1998/37691)
SAP de A Coruña, de 18 de febrero de 1999 (EDJ 1999/5910)
SAP de Santa Cruz de Tenerife de 5 de abril de 1999 (ARP 1999/1454)
SAP de Madrid de 19 de mayo de 1999 (ARP 1999/3581)
SAP de Santa Cruz de Tenerife, de 19 de mayo de 1999 (EDJ 1999/17456)
SAP de Guipúzcoa de 24 de mayo de 1999 (ARP 1999/1196)
SAP de Asturias de 31 de mayo de 1999 (ARP 1999/1908)
SAP de Madrid de 17 de junio de 1999 (ARP 1999/2804)
SAP de Valladolid, de 3 de septiembre de 1999 (EDJ 1999/28016)
SAP de Almería, de 28 de octubre de 1999 (ARP 1999/4030)
SAP de Madrid, de 24 de enero de 2000 (EDJ 2000/4471)
SAP de Murcia, de 11 de febrero de 2000 (EDJ 2000/6008)
SAP de Castellón, de 11 de marzo de 2000 (EDJ 2000/73812)
SAP de Las Palmas, de 6 de abril de 2000 (EDJ 2000/20218)
SAP de Teruel, de 8 de abril de 2000 (EDJ 2000/16672)
SAP de Baleares de 17 de abril de 2000 (ARP 2000/1737)
SAP de Málaga, de 27 de abril de 2000 (EDJ 2000/51888)
SAP de Alicante, de 5 de mayo de 2000 (EDJ 2000/20856)
SAP de Madrid, de 5 de mayo de 2000 (EDJ 2000/21040)
SAP de Madrid de 22 de mayo de 2000 (ARP 2000/2163)
SAP de Málaga, de 29 de mayo de 2000 (LA LEY 110185/2000)
SAP de Pontevedra, de 30 de mayo de 2000 (EDJ 2000/46626)
SAP de Vizcaya, de 7 de junio de 2000 (EDJ 2000/33129)
SAP de Girona, de 8 de junio de 2000 (EDJ 2000/32984)
SAP de Sevilla, de 29 de junio de 2000 (EDJ 2000/37605)
SAP de León, de 13 de julio de 2000 (EDJ 2000/40905)
SAP de Castellón de 19 de septiembre de 2000 (ARP 2000/2359)
SAP de Burgos, de 5 de octubre de 2000 (EDJ 2000/50300)
SAP de Jaén, de 13 de noviembre de 2000 (EDJ 2000/52765)

STSJ de Cataluña, de 14 de noviembre de 2000 (EDJ 2000/43334)
SAP de Asturias, de 17 de noviembre de 2000 (EDJ 2000/63795)
SAP de Barcelona, de 22 de diciembre de 2000 (JUR 2001/164616)
SAP de Sevilla, de 18 de enero de 2001 (EDJ 2001/1726)
SAP de Vizcaya, de 2 de marzo de 2001 (EDJ 2001/4787)
SAP de Madrid, de 8 de marzo de 2001 (JUR 2001/160840)
SAP de Ciudad Real, de 9 de marzo de 2001 (ARP 2001/169993)
SAP de Vizcaya, de 15 de abril de 2001 (EDJ 2002/49450)
SAP de Zaragoza de 24 de abril de 2001 (JUR 2001/181706)
SAP de Barcelona de 30 de abril de 2001 (JUR 2001/223713)
SAP de Barcelona (Secc. 5ª) de 30 de abril de 2001 (JUR 2001/223713-EDJ 2001/27138)
SAP de Huesca de 16 de mayo de 2001 (JUR 2001/190699)
SAP de Vizcaya, de 21 de mayo de 2001 (EDJ 2001/48898)
SAP de Almería, de 10 de julio de 2001 (EDJ 2001/30596)
SAP de Cádiz, de 13 de julio de 2001 (EDJ 2001/57288)
SAP de Valencia, de 24 de julio de 2001 (EDJ 2001/59186)
SAP de Granada de 18 de septiembre de 2001 (ARP 2001/728)
SAP de Barcelona, de 17 de octubre de 2001 (JUR 2001/23948)
SAP de Almería de 22 de octubre de 2001 (JUR 2001/331722)
STSJ de Andalucía (Granada), de 26 de octubre de 2001 (JUR 2002/47537)
SAP de Madrid (Sala 16ª) de 23 de noviembre de 2001 (LA LEY 212081/2001)
SAP de Bizkaia de 19 de diciembre de 2001 (JUR 2002/217432)
STSJ de Galicia, de 24 de diciembre de 2001 (EDJ 2001/82409)
SAP de Barcelona, de 2 de enero de 2002 (EDJ 2002/9104)
SAP de Guadalajara, de 7 de enero de 2002 (EDJ 2002/5969)
SAP de Barcelona, de 10 de enero de 2002 (2002/8506)
SAP de Asturias, de 23 de enero de 2002 (JUR 2002/123734)
SAP de Valladolid, de 4 de febrero de 2002 (ARP 2002/306)
SAP de La Rioja, de 15 de marzo de 2002 (EDJ 2002/20528)
SAP de La Coruña de 27 de marzo de 2002 (JUR 2002/163288)
SAP de Vizcaya, Secc. 6ª, de 15 de abril de 2002 (EDJ 2002/49450)
SAP de Pontevedra, de 22 de abril de 2002 (JUR 2002/167249)
STSJ de Murcia, de 24 de abril de 2002 (EDJ 2002/117650)
SAP de Valladolid, de 15 de mayo de 2002 (EDJ 2002/31283)
SAP de Castellón, de 28 de mayo de 2002 (EDJ 2002/101693)
SAP de Zaragoza, de 5 de julio de 2002 (EDJ 2002/40530)
SAP de Córdoba, de 29 de julio de 2002 (JUR 2002/247510)
SAP de Valladolid, de 31 de julio de 2002 (EDJ 2002/46291)
SAP de Madrid de 18 de septiembre de 2002 (JUR 2002/281557)
SAP de Madrid, de 19 de septiembre de 2002 (EDJ 2002/59741)
SAP de Zaragoza de 7 de noviembre de 2002 (JUR 2004/14127)
SAP de Ciudad Real de 25 de noviembre de 2002 (JUR 2003/100974)
SAP de Asturias de 11 de diciembre de 2002 (ARP 2003/107087)
SAP de Sevilla, de 19 de diciembre de 2002 (EDJ 2002/83285)
SAP de Zaragoza, de 27 de diciembre de 2002 (EDJ 2002/67933)
SAP de Teruel, de 16 de enero 2003 (JUR 2003/36053)

SAP de Madrid, de 16 de enero de 2003 (EDJ 2003/48063)
SAP de Teruel, de 10 de febrero de 2003 (EDJ 2003/8182)
SAP de Madrid, de 19 de febrero de 2003 (EDJ 2003/85989)
SAP de Madrid, de 20 de febrero de 2003 (EDJ 2003/85992)
SAP de Lleida, de 4 de marzo de 2003 (2003/47316)
SAP de Madrid de 7 de marzo de 2003 (JUR 2003/200794)
SAP de Sevilla, de 17 de marzo de 2003 (EDJ 2003/50707)
SAP de Valladolid, de 2 de mayo de 2003 (EDJ 2003/57824)
SAP de Sevilla, de 23 de mayo de 2003 (EDJ 2003/154853)
SAP de Cádiz, de 17 de junio de 2003 (JUR 2003/223331)
SAP deLa Rioja, de 26 de junio de 2003 (JUR 2003/212144)
SAP de Valladolid, de 27 de octubre de 2003 (JUR 2004/75826)
SAP de Sevilla de 23 de diciembre de 2003 (JUR 2004/68260)
SAP de Valladolid de 27 de octubre de 2003 (JUR 2004/75826)
SAP de Almería, de 8 de enero de 2004 (EDJ 2004/64484)
SAP de Málaga, de 9 de enero de 2004 (EDJ 2004/90413)
SAP de Sevilla, de 13 de enero de 2004 (EDJ 2004/12398)
SAP de Asturias, de 21 de enero de 2004 (EDJ 2004/6010)
SAP de Madrid, de 3 de febrero de 2004 (EDJ 2004/105103)
SAP de Barcelona, de 11 de febrero de 2004 (EDJ 2004/9605)
SAP de Lugo, de 13 de febrero de 2004 (EDJ 2004/8205)
SAP de Burgos, de 13 de febrero de 2004 (EDJ 2004/202249)
SAP de La Rioja, de 16 de febrero de 2004 (EDJ 2004/15452)
SAP de Málaga, de 5 de marzo de 2004 (EDJ 2004/37671)
SAP de Málaga, de 19 de marzo de 2004 (EDJ 2004/37627)
SAP de Asturias, de 5 de abril de 2004 (EDJ 2004/167738)
SAP de Madrid, de 4 de mayo de 2004 (EDJ 2004/138392)
SAP de Albacete, Secc. 1ª, de 1 de junio de 2004 (EDJ 2004/92609)
SAP de Cádiz, de 18 de junio de 2004 (EDJ 2004/293032)
SAP de Madrid de 26 julio de 2004 (JUR 2004/240441)
SAP de Sevilla, de 6 de agosto de 2004 (EDJ 2004/170395)
SAP de Baleares, de 4 de septiembre de 2004 (EDJ 2004/174659)
SAP de Sevilla, de 13 de septiembre de 2004 (EDJ 2004/170402)
SAP de Badajoz, de 16 de septiembre de 2004 (EDJ 2004/148656)
SAP de Barcelona, de 20 de septiembre de 2004 (EDJ 2004/158712)
SAP de León, de 8 de octubre de 2004 (EDJ 2004/149532)
STSJ de Andalucía (Granada), de 18 de octubre de 2004 (EDJ 2004/262849)
SAP de Ourense, de 20 de octubre de 2004 (EDJ 2004/215964)
SAP de Cuenca, de 21 de octubre de 2004 (EDJ 2004/160759)
SAP de Barcelona, de 27 de octubre de 2004 (EDJ 2004/200706)
SAP de Valladolid, de 12 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/179888)
SAP de Barcelona, de 19 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/220799)
SAP de Málaga, de 24 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/247368)
SAP de Madrid, de 26 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/276880)
SAP de La Coruña de 17 de diciembre de 2004 (JUR 2004/6655)
SAP de Sevilla, de 11 de marzo de 2005 (JUR 2005/138979)

SAP de Navarra, de 21 de marzo de 2005 (EDJ 2005/38458)
SAP de Tarragona, de 1 de abril de 2005 (EDJ 2005/60959)
SAP de Sevilla, de 21 de abril de 2005 (EDJ 2005/74716)
SAP de Pontevedra, de 31 de marzo de 2005 (EDJ 2005/223162)
SAP de Sevilla, de 21 de abril de 2005 (EDJ 2005/74716)
SAP de Tarragona, de 29 de abril de 2005 (EDJ 2005/277898)
SAP de Cuenca, de 2 de mayo de 2005 (EDJ 2005/58942)
SAP de Valencia, de 5 de mayo de 2005 (EDJ 2005/95341)
SAP de Guadalajara, de 13 de mayo de 2005 (EDJ 2005/226873)
SAP de Valladolid, de 15 de mayo de 2002 (EDJ 2002/31283)
SAP de Navarra, de 30 de mayo de 2005 (EDJ 2005/93689)
SAP de Cádiz, de 30 de mayo de 2005 (EDJ 2005/332566)
SAP de Navarra, de 2 de junio de 2005 (JUR 2005/201916)
SAP de Cáceres, de 2 de junio de 2005 (EDJ 2005/71998)
SAP de Sevilla, de 8 de junio de 2005 (EDJ 2005/141937)
SAP de Asturias, de 9 de junio de 2005 (EDJ 2005/88133)
SAP de Valladolid, de 14 de junio de 2005 (EDJ 2005/89303)
SAP de Sevilla, de 17 de junio de 2005 (EDJ 2005/137652)
SAP de Barcelona de 4 de julio de 2005 (JUR 2005/222917)
SAP de Barcelona, de 7 de julio de 2005 (EDJ 2005/309101)
SAP de Valencia, de 15 de julio de 2005 (EDJ 2005/133884)
SAP de Madrid, de 29 de julio de 2005 (EDJ 2005/268456)
SAP de Albacete, de 27 de septiembre de 2005 (EDJ 2005/180573)
SAP de Guadalajara, de 4 de octubre de 2005 (EDJ 2005/226849)
SAP de Madrid, de 6 de octubre de 2005 (EDJ 2005/182122)
SAP de Tarragona, de 13 de octubre de 2005 (EDJ 2005/270934)
SAP de Valencia, de 30 de noviembre de 2005 (EDJ 2005/288155)
SAP de Madrid de 10 de enero de 2006 (JUR 2006/194846)
SAP de Valencia, de 17 de enero de 2006 (EDJ 2006/280834)
SAP de León, de 25 de enero de 2006 (EDJ 2006/16899)
SAP de Murcia, de 2 de febrero de 2006 (EDJ 2006/111533)
STSJ de Cataluña, de 27 de febrero de 2006 (EDJ 2006/65218)
SAP de Asturias, de 9 de marzo de 2006 (EDJ 2006/35838)
SAP de León de 20 de marzo de 2006 (ARP 2006/167830)
SAP de Ciudad Real de 30 de marzo de 2006 (JUR 2006/167559)
SAP de Sevilla, de 18 de abril de 2006 (EDJ 2006/296280)
SAP de Madrid, de 25 de abril de 2006 (EDJ 2006/92118)
SAP de Ávila de 27 de abril de 2006 (JUR 2006/188397)
SAP de Santa Cruz de Tenerife, de 28 de abril de 2006 (EDJ 2006/86970)
SAP de Navarra, de 17 de mayo de 2006 (EDJ 2006/104401)
SAP de Sevilla, de 18 de mayo de 2006 (EDJ 2006/357368)
SAP de Madrid, de 19 de mayo de 2006 (JUR 2006/289417)
SAP de Soria, de 26 de mayo de 2006 (EDJ 2006/112134)
SAP de Zaragoza, de 29 de mayo de 2006 (EDJ 2006/102447)
SAP de A Coruña, de 13 de junio de 2006 (EDJ 2006/114004)
SAP Almería, de 15 de junio de 2006 (EDJ 2006/338698)

SAP de Valencia, de 15 de junio de 2006 (EDJ 2006/305336)
SAP de Madrid, de 16 de junio de 2006 (EDJ 2006/380077)
SAP de Jaén, de 29 de junio de 2006 (EDJ 2006/359878)
SAP de Barcelona, de 10 de julio de 2006 (EDJ 2006/371054)
SAP de Ciudad Real, de 21 de julio de 2006 (EDJ 2006/251746)
SAP de Barcelona, de 27 de junio de 2006 (EDJ 2006/376820)
SAP de Granada, de 13 de julio de 2006 (EDJ 2006/424529)
SAP de Girona, de 26 de julio de 2006 (EDJ 2006/490759)
SAP de Murcia, de 13 de septiembre de 2006 (JUR 2006/258153)
SAP de Lugo, de 23 de septiembre de 2007 (EDJ 2007/201134)
SAP de Valencia, de 25 de septiembre de 2006 (EDJ 2006/375139)
SAP de León, de 2 de octubre de 2006 (EDJ 2006/307609)
SAP de Valladolid, de 6 de noviembre de 2006 (EDJ 2006/364570)
SAP de Alicante, de 13 de noviembre de 2006 (EDJ 2006/463906)
SAP de Granada, de 28 de noviembre de 2006 (EDJ 2006/434879)
SAP Cádiz, de 28 de noviembre de 2006 (EDJ 2006/453730)
STSJ de Cataluña, de 30 de noviembre de 2006 (EDJ 2006/429995)
SAP de Pontevedra, de 12 de diciembre de 2006 (EDJ 2006/368776)
SAP de Sevilla, de 10 de enero de 2007 (EDJ 2007/67479)
SAP de Álava (Secc. 2ª), de 25 de enero de 2007 (EDJ 2007/25517)
SAP de Madrid, de 31 de enero de 2007 (EDJ 2007/50011)
SAP de A Coruña, de 2 de febrero de 2007 (EDJ 2007/93549)
SAP de Sevilla, de 12 de febrero de 2007 (EDJ 2007/67417)
SAP de Sevilla, de 14 de marzo de 2007 (EDJ 2007/103142)
SAP de Vizcaya, de 20 de marzo de 2007 (EDJ 2007/39484)
SAP de Guipúzcoa, de 21 de marzo de 2007 (EDJ 2007/37140)
SAP de Ciudad Real, de 28 de marzo de 2007 (EDJ 2007/120821)
SAP de Sevilla, de 29 de marzo de 2007 (EDJ 2007/103164)
STSJ de Cataluña, de 12 de abril de 2007 (EDJ 2007/127498)
SAP de Barcelona, de 23 de abril de 2007 (EDJ 2007/330284)
SAP de Málaga, de 2 de mayo de 2007 (EDJ 2007/378457)
SAP de La Rioja, de 7 de mayo de 2007 (EDJ 2007/139943)
SAP de Albacete, de 14 de mayo de 2007 (EDJ 2007/159572)
SAP de León, de 22 de mayo de 2007 (EDJ 2007/163084)
SAP de A Coruña, de 23 de mayo de 2007 (EDJ 2007/162432)
STSJ de Cataluña, de 7 de junio de 2007 (EDJ 2007/135723)
SAP de Sevilla, de 12 de junio de 2007 (EDJ 2007/250125)
SAP de Madrid, de 2 de julio de 2007 (EDJ 2007/278592)
SAP de Madrid, de 23 de julio de 2007 (EDJ 2007/209036)
SAP de Barcelona, de 26 de julio de 2007 (EDJ 2007/189357)
SAP de La Rioja, de 30 de agosto de 2007 (EDJ 2007/236339)
SAP de Huelva, de 13 de septiembre de 2007 (EDJ 2007/354212)
SAP de Asturias de 14 de septiembre de 2007 (JUR 2008/50854)
SAP de Baleares, de 20 de septiembre de 2007 (EDJ 2007/260689)
SAP de Lugo, de 23 de septiembre de 2007 (EDJ 2007/201134)
SAP Barcelona, de 3 de octubre de 2007 (EDJ 2007/246346)

SAP de Santa Cruz de Tenerife, de 5 de octubre de 2007 (EDJ 2007/373249)
SAP de Navarra, de 10 de octubre de 2007 (EDJ 2007/311858)
STSJ de Cataluña, de 11 de octubre de 2007 (EDJ 2007/374468)
SAP de Castellón, de 15 de octubre de 2007 (EDJ 2007/234708)
SAP de Tarragona, de 15 de octubre de 2007 (EDJ 2007/272802)
SAP de Sevilla, de 25 de octubre de 2007 (EDJ 2007/373656)
SAP de Las Palmas, de 26 de octubre de 2007 (EDJ 2007/280159)
SAP de Zamora, de 7 de noviembre de 2007 (EDJ 2007/314359)
SAP de Santa Cruz de Tenerife, de 13 de noviembre de 2007 (EDJ 2007/297365)
SAP de Vizcaya, de 3 de diciembre de 2007 (EDJ 2007/337326)
STSJ de Comunidad Valenciana, de 14 de diciembre de 2007 (EDJ 2007/337975)
SAP de Madrid, de 19 de diciembre de 2007 (EDJ 2007/319523)
SAP de Valladolid, de 22 de enero de 2008 (EDJ 2008/16313)
SAP de Jaén, de 4 de febrero de 2008 (EDJ 2008/113888)
SAP de Madrid, de 11 de febrero de 2008 (EDJ 2008/28426)
SAP de Granada, de 22 de febrero de 2008 (EDJ 2008/174899)
SAP de Madrid, de 10 de marzo de 2008 (EDJ 2008/53038)
SAP de Madrid, de 10 de marzo de 2008 (EDJ 2008/38315)
SAP de Málaga, de 17 de marzo de 2008 (EDJ 2008/386732)
SAP de Madrid, de 30 de abril de 2008 (EDJ 2008/109820):
SAP de Cádiz, de 9 de mayo de 2008 (EDJ 2008/383990)
SAP de Madrid, de 9 de mayo de 2008 (EDJ 2008/108860)
SAP de Lleida, de 15 de mayo de 2008 (EDJ 2008/100298)
SAP de Las Palmas, de 21 de mayo de 2008 (EDJ 2008/158106)
SAP de La Rioja, de 28 de mayo de 2008 (EDJ 2008/371543)
SAP de Asturias, de 29 de mayo de 2008 (EDJ 2008/343396)
SAP de Madrid, de 29 de mayo de 2008 (EDJ 2008/115169)
SAP de Ourense, de 12 de junio de 2008 (EDJ 2008/193215)
SAP de León, de 18 de junio de 2008 (EDJ 2008/180921)
SAP de Tarragona, de 7 de julio de 2008 (EDJ 2008/171558)
SAP de Vizcaya, de 28 de julio de 2008 (EDJ 2008/231430)
SAP de A Coruña, de 18 de septiembre de 2008 (EDJ 2008/294721)
STSJ de Andalucía (Granada), de 23 de septiembre de 2008 (EDJ 2008/272785)
SAP de Valencia (Secc. 3ª), de 29 de septiembre de 2008 (EDJ 2008/261386)
SAP de Málaga (Secc. 8ª), de 10 de octubre de 2008 (LA LEY 303040/2008)
SAP de Madrid, de 9 de noviembre de 2008 (EDJ 2008/300544)
SAP de Madrid, de 10 de noviembre de 2008 (EDJ 2008/299022)
SAP de Madrid, de 5 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/310587)
STSJ de Andalucía (Granada), de 9 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/375256)
SAP de Madrid, de 9 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/297011)
SAP de Madrid, de 9 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/326932)
SAP de Barcelona, 7 de enero de 2009 (EDJ 2009/20010)
SAP de Zamora, de 13 de enero de 2009 (EDJ 2009/71539)
SAP de Ávila, de 22 de enero de 2009 (EDJ 2009/63563)
SAP de Zaragoza, de 27 de enero de 2009 (EDJ 2009/100444)
SAP de Barcelona, de 6 de febrero de 2009 (EDJ 2009/34081)

SAP de Cáceres, de 17 de febrero de 2009 (EDJ 2009/44565)
SAP de Cádiz, de 20 de febrero de 2009 (EDJ 2009/74381)
SAP de Valladolid, de 23 de febrero de 2009 (EDJ 2009/49231)
SAP de Madrid, de 25 de febrero de 2009 (EDJ 2009/69101)
SAP de Zaragoza, de 25 de febrero de 2009 (EDJ 2009/49586)
SAP de Málaga, de 3 de marzo de 2009 (EDJ 2009/411361)
SAP de Madrid, de 11 de marzo de 2009 (EDJ 2009/69386)
SAP de Santa Cruz de Tenerife, de 13 de marzo de 2009 (EDJ 2009/88883)
SAP de Barcelona, de 18 de marzo de 2009 (EDJ 2009/184275)
SAP de Zaragoza, de 25 de marzo de 2009 (EDJ 2009/71633)
SAP de Castellón, de 27 de marzo de 2009 (EDJ 2009/93887)
SAP de Castellón, de 6 de abril de 2009 (EDJ 2009/364583)
SAP de La Rioja, de 17 de abril de 2009 (EDJ 2009/84163)
SAP de Asturias, de 21 de abril de 2009 (EDJ 2009/416478)
SAP de Jaén, de 30 de abril de 2009 (EDJ 2009/105170)
SAP de Málaga, de 12 de mayo de 2009 (EDJ 2009/353567)
SAP de Valladolid, de 20 de mayo de 2009 (EDJ 2009/118609)
SAP de Girona (Secc. 3ª), de 5 de junio de 2009 (2009/202513)
SAP de Guipúzcoa, de 5 de junio de 2009 (EDJ 2009/172815)
SAP de Girona, de 5 de junio de 2009 (EDJ 2009/202513)
SAP de Vizcaya, de 11 de junio de 2009 (EDJ 2009/189351)
SAP de Guipúzcoa, de 6 de julio de 2009 (EDJ 2009/301129)
SAP de Madrid, de 15 de julio de 2009 (EDJ 2009/175855)
SAP de Alicante, de 17 de julio de 2009 (EDJ 2009/166086)
SAP de Zaragoza, de 31 de julio de 2009 (EDJ 2009/189618)
SAP de Zamora, de 1 de septiembre de 2009 (EDJ 2009/216017)
SAP de Asturias, de 30 de septiembre de 2009 (EDJ 2009/262779)
SAP de Asturias, de 2 de octubre de 2009 (EDJ 2009/262791)
SAP de Teruel, de 15 de octubre de 2009 (EDJ 2009/282157)
SAP de Barcelona, de 6 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/322636)
SAP de Málaga, de 12 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/411065)
SAP de Madrid, de 19 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/377795)
SAP de Salamanca, de 23 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/306401)
SAP de Vizcaya, de 25 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/367585)
SAP de Badajoz, de 16 de diciembre de 2009 (EDJ 2009/344649)
SAP de Madrid, de 22 de enero de 2010 (EDJ 2010/23511)
SAP de Badajoz, de 27 de enero de 2010 (EDJ 2010/31911)
SAP de Zaragoza, de 1 de febrero de 2010 (EDJ 2010/232108)
SAP de Guipúzcoa, de 8 de febrero de 2010 (EDJ 2010/401501)
SAP de Ciudad Real, de 11 de febrero de 2010 (EDJ 2010/64686)
SAP de Barcelona, de 15 de febrero de 2010 (EDJ 2010/16763)
SAP de Granada, de 26 de febrero de 2010 (EDJ 2010/214333)
SAP de Valencia, de 1 de marzo de 2010 (EDJ 2010/138565)
SAP de Madrid, de 11 de marzo de 2010 (EDJ 2010/58061)
SAP de Barcelona, de 22 de marzo de 2010 (EDJ 2010/365186)
SAP de Madrid, de 29 de marzo de 2010 (EDJ 2010/88468)

SAP de Alicante, de 9 de abril de 2010 (EDJ 2010/103385)
SAP de Jaén de 21 de abril de 2010 (EDJ 2010/394614)
SAP de Vizcaya, de 30 de abril de 2010 (EDJ 2010/249120)
SAP de Barcelona, de 4 de mayo de 2010 (EDJ 2010/151456)
SAP de Madrid, de 29 de junio de 2010 (EDJ 2010/165506)
SAP de Madrid (Secc. 6ª), de 3 de mayo de 2010 (EDJ 2010/136327)
SAP de Cádiz, de 18 de junio de 2010 (EDJ 2010/394621)
SAP de Ciudad Real, de 6 de julio de 2010 (EDJ 2010/151588)
SAP de Málaga, de 15 de julio de 2010 (EDJ 2010/381108)
STSJ de Madrid (Sala de lo civil y penal), de 23 de julio de 2010 (LA LEY 325821/2010)
SAP de Valladolid, de 27 de septiembre de 2010 (EDJ 2010/217812)
SAP de Zaragoza, de 1 de octubre de 2010 (EDJ 2010/217832)
SAP de Alicante, de 19 de octubre de 2010 (EDJ 2010/279878)
SAP de Valencia, de 20 de octubre de 2010 (EDJ 2010/319246)
SAP de Madrid, de 28 de octubre de 2010 (EDJ 2010/296269)
SAP de Baleares, de 19 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/320455)
SAP de Madrid, de 24 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/316950)
SAP de Valencia, de 25 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/347803)
SAP de Baleares, de 29 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/303639)
SAP de Vizcaya, de 29 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/356162)
SAP de A Coruña, de 30 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/315687)
SAP de Cádiz, de 18 de enero de 2011 (EDJ 2011/376817)
SAP de Cádiz, de 19 de enero de 2011 (EDJ 2011/376818)
SAP de Cádiz, de 21 de enero de 2011 (EDJ 2011/376819)
SAP de Granada, de 2 de febrero de 2011 (EDJ 2011/228477)
SAP de Barcelona, de 18 de febrero de 2011 (EDJ 2011/39509)
SAP de Guipúzcoa, de 28 de febrero de 2011 (EDJ 2011/395027)
SAP de Sevilla, de 1 de marzo de 2011 (EDJ 2011/106740)
SAP de Valencia, de 4 de marzo de 2011 (EDJ 2011/64554)
SAP de Guipúzcoa, de 7 de marzo de 2011 (EDJ 2011/395394)
SAP de A Coruña, de 15 de marzo de 2011 (EDJ 2011/50437)
SAP de Salamanca, de 17 de marzo de 2011 (EDJ 2011/64380)
SAP de Murcia, de 23 de marzo de 2011 (EDJ 2011/73070)
SAP de Barcelona, de 26 de abril de 2011 (EDJ 2011/137567)
SAP de Madrid (Secc. 27ª), de 27 de abril de 2011 (EDJ 2011/149380)
SAP de Madrid, de 28 de abril de 2011 (EDJ 2011/115889)
SAP de Valladolid, de 28 de abril de 2011 (EDJ 2011/95172)
SAP de Madrid, de 10 de mayo de 2011 (EDJ 2011/115001)
SAP de Santa Cruz de Tenerife (Secc. 2ª), de 15 de julio de 2011 (LA LEY 268337/2011)
SAP de Zamora, de 16 de junio de 2011 (EDJ 2011/172528)
SAP de Madrid, de 16 de junio de 2011 (EDJ 2011/192280)
SAP de Baleares, de 17 de junio de 2011 (EDJ 2011/153492)
SAP de Madrid, de 28 de julio de 2011 (EDJ 2011/211142)
SAP de Murcia, de 20 de septiembre de 2011 (EDJ 2011/234688)
SAP de Asturias, de 27 de septiembre de 2011 (EDJ 2011/286082)
STSJ de Extremadura, de 3 de octubre de 2011 (EDJ 2011/259171)

SAP de Valladolid, de 7 de octubre de 2011 (EDJ 2011/243267)
SAP de Jaén, de 19 de octubre de 2011 (EDJ 2011/291011)
SAP de Zaragoza, de 31 de octubre de 2011 (EDJ 2011/264681)
SAP de Madrid, de 12 de diciembre de 2011 (EDJ 2011/321041)
SAP de Madrid, de 30 de enero de 2012 (EDJ 2012/30680)
SAP de Madrid, de 24 de febrero de 2012 (EDJ 2012/31625)
SAP de Almería, de 24 de febrero de 2012 (EDJ 2012/350195)
SAP de Sevilla, de 15 de marzo de 2012 (EDJ 2012/291893)
SAP de Álava, de 26 de abril de 2012 (EDJ 2012/98638)
SAP de Madrid, de 26 de abril de 2012 (EDJ 2012/168286)
SAP de Madrid, de 9 de mayo de 2012 (EDJ 2012/202706)
SAP de León (Secc. 3ª), de 23 de mayo de 2012 (EDJ 2012/147028)
SAP de Asturias (Secc. 8ª), de 29 de mayo de 2012 (LA LEY 92836/2012)
SAP de Almería, de 5 de junio de 2012 (EDJ 2012/351036)
SAP de Málaga, de 8 de junio de 2012 (EDJ 2012/223904)
SAP de Vizcaya, de 20 de junio de 2012 (EDJ 2012/118885)
SAP de Burgos, de 27 de junio de 2012 (EDJ 2012/157868)
SAP de Las Palmas de Gran Canaria 148/2012, de 29 de junio de 2012 (ROJ: 947/2012)
SAP de Madrid, Secc. 6ª, de 5 de julio de 2012 (EDJ 2012/263306)
SAP de Madrid, de 12 de julio de 2012 (EDJ 2012/187047)
SAP de Vizcaya, de 13 de julio de 2012 (EDJ 2012/344117)
SAP de Alicante, de 16 de julio de 2012 (EDJ 2012/325563)
SAP de Guipúzcoa, de 18 de julio de 2012 (EDJ 2012/152569)
SAP de Barcelona, de 23 de julio de 2012 (EDJ 2012/181875)
SAP de Castellón, de 7 de septiembre de 2012 (EDJ 2012/250649)
SAP de Barcelona, de 26 de septiembre de 2012 (EDJ 2012/223346)
SAP de Madrid, de 10 de octubre de 2012 (EDJ 2012/297947)
SAP de Barcelona, de 19 de octubre de 2012 (EDJ 2012/245757)
SAP de Madrid, de 16 de noviembre de 2012 (EDJ 2012/303951)
SAP de Madrid, de 19 de diciembre de 2012 (EDJ 2012/326252)
SAP de Madrid, de 20 de diciembre de 2012 (EDJ 2012/337405)
SAP de Madrid, de 21 de diciembre de 2012 (EDJ 2012/312759)
SAP de Madrid, Secc. 15ª, de 8 de enero de 2013 (EDJ 2013/24284)
SAP de Madrid, de 21 de enero de 2013 (EDJ 2013/14485)
SAP de Madrid de 29 de enero de 2013 (EDJ 2013/29511)
SAP de Badajoz, de 15 de febrero de 2013 (EDJ 2013/29878)
SAP de Madrid, de 26 de febrero de 2013 (EDJ 2013/34040)
SAP de Barcelona, Secc. 22ª, de 1 de marzo de 2013 (EDJ 2013/72195)
SAP de León, de 26 de marzo de 2013 (EDJ 2013/75992)
STSJ de Andalucía (Granada), de 18 de marzo de 2013 (EDJ 2013/81572)
SAP de Madrid, de 4 de abril de 2013 (EDJ 2013/74406)
SAP de Asturias, de 11 de abril de 2013 (EDJ 2013/80555)
SAP de Madrid, de 17 de abril de 2013 (EDJ 2013/87700)
SAP de La Rioja, de 20 de mayo de 2013 (EDJ 2013/109167)
SAP de Madrid, de 27 de mayo de 2013 (EDJ 2013/104159)
SAP de Madrid, de 30 de mayo de 2013 (EDJ 2013/106419)

SAP de Madrid, de 10 de junio de 2013 (EDJ 2013/107014)
SAP de Córdoba, de 11 de junio de 2013 (EDJ 2013/200915)
SAP de Ciudad Real, de 17 de junio de 2013 (EDJ 2013/131639)
SAP de Toledo, Secc. 2ª, de 24 de junio de 2013 (ROJ: 537/2013)
SAP de Cáceres, Secc. 2ª, de 26 de junio de 2013 (EDJ 2013/129783)
SAP de Toledo, Secc. 2ª, de 4 de julio de 2013 (ROJ: 643/2013)
SAP de Madrid, de 10 de julio de 2013 (EDJ 2013/250817)
SAP de Pontevedra, de 18 de julio de 2013 (EDJ 2013/167841)
SAP de Barcelona, de 19 de julio de 2013 (EDJ 2013/200536)
SAP de Tarragona, de 22 de julio de 2013 (EDJ 2013/207977)
SAP de Palma de Mallorca, Secc. 2ª, de 24 de julio de 2013 (ROJ: 1726/2013)
SAP de Segovia, Secc. 1ª, de 31 de julio de 2013 (ROJ: 259/2013)
SAP de Madrid, Secc. 29ª, de 5 de septiembre de 2013 (EDJ 2013/277826)
SAP de Barcelona, Secc. 10ª, de 8 de octubre de 2013 (EDJ 2013/222933)
SAP de Barcelona, de 23 de octubre de 2013 (EDJ 2013/267257)
SAP de Madrid, de 24 de octubre de 2013 (EDJ 2013/251960)
SAP de Zaragoza, de 31 de octubre de 2013 (EDJ 2013/265352)
SAP de Baleares, Secc. 2ª, de 4 de noviembre de 2013 (EDJ 2013/211449)
SAP de Castellón, Secc. 1ª, de 5 de noviembre de 2013 (EDJ 2013/256716)
SAP de León, Secc. 3ª, de 18 de noviembre de 2013 (EDJ 2013/233967)
SAP de Barcelona, Secc. 7ª, de 20 de noviembre de 2013 (EDJ 2013/287281)
SAP de Cádiz, de 10 de diciembre de 2013 (EDJ 2013/294783)
SAP de Madrid, de 18 de diciembre de 2013 (EDJ 2013/292042)
SAP de Almería, de 30 de diciembre de 2013 (EDJ 2013/317537)
SAP de Toledo, de 28 de enero de 2014 (EDJ 2014/19079)
SAP de Asturias, de 3 de febrero de 2014 (EDJ 2014/200151)
SAP de Barcelona, Secc. 6ª, de 27 de febrero de 2014 (EDJ 2014/50655)
SAP de Ourense, de 27 de febrero de 2014 (EDJ 2014/37718)
SAP de Vizcaya, de 12 de marzo de 2014 (EDJ 2014/101173)
SAP de Guipúzcoa, de 14 de marzo de 2014 (EDJ 2014/143872)
SAP de Barcelona, de 18 de marzo de 2014 (EDJ 2014/70751)
SAP de Ourense, Secc. 2ª, de 26 de marzo de 2014 (EDJ 2014/132590)
SAP de Madrid de 4 de abril de 2014 (EDJ 2014/83937)
SAP de Granada, de 9 de abril de 2014 (EDJ 2014/177674)
SAP de Barcelona, de 7 de mayo de 2014 (EDJ 2014/188104)
SAP de Madrid, de 26 de mayo de 2014 (EDJ 2014/154570)
SAP de Madrid, Secc. 2ª, de 15 de julio de 2014 (EDJ 2014/208336)
SAP de Madrid, de 18 de junio de 2014 (EDJ 2014/159303)
SAP de Huesca, de 19 de junio de 2014 (EDJ 2014/216374)
SAP de A Coruña, de 30 de junio de 2014 (EDJ 2014/132368)
SAP de Albacete, de 7 de julio de 2014 (EDJ 2014/140806)
SAP de Madrid, de 7 de julio de 2014 (EDJ 2014/165762)
SAP de Barcelona, de 9 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/220220)
SAP de Madrid, de 25 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/213062)
SAP de Zaragoza, de 26 de septiembre de 2014 (EDJ 2014/211852)
SAP de Navarra, de 10 de octubre de 2014 (EDJ 2014/202680)

SAP de Madrid, de 22 de octubre de 2014 (EDJ 2014/237348)
SAP de Madrid, de 27 de octubre de 2014 (EDJ 2014/237631)
SAP de Barcelona, de 28 de octubre de 2014 (EDJ 2014/256861)
SAP de Albacete, Secc. 1ª, de 20 de marzo de 2015 (EDJ 2015/44200)
SAP de Sevilla, de 5 de mayo de 2015 (EDJ 2015/146816)
SAP de Barcelona, Secc. 21ª, de 30 de junio de 2015 (EDJ 2015/197744)
SAP de Cádiz, Secc. 4ª, de 22 de septiembre de 2015 (EDJ 2015/286372)
SAP de Madrid, Secc. 1ª, de 28 de septiembre de 2015 (ED 2015/281209)
SAP de Madrid, Secc. 29ª, de 29 de octubre de 2015 (EDJ 2015/232071)
SAP de Madrid, Secc. 26ª, de 12 de noviembre de 2015 (EDJ 2015/238592)
SAP de Barcelona, Secc. 10ª, de 1 de diciembre de 2015 (EDJ 2015/255866)
SAP de Lleida, Secc. 1ª, de 9 de diciembre de 2015 (EDJ 2015/260899)
SAP de Huesca, Secc. 1ª, de 15 de diciembre de 2015 (EDJ 2015/281746)
SAP de Ourense, Secc. 2ª, de 17 de diciembre de 2015 (EDJ 2015/260420)
SAP de Tarragona, Secc. 2ª, de 7 de enero de 2016 (EDJ 2016/14863)
SAP de Barcelona, Secc. 10ª, de 19 de enero de 2016 (EDJ 2016/13192)
SAP de Madrid, Secc. 26ª, de 22 de enero de 2016 (EDJ 2016/9072)
SAP de Barcelona, Secc. 10ª, de 2 de febrero de 2016 (EDJ 2016/29739)
SAP de Girona, Secc. 4ª, de 17 de febrero de 2016 (EDJ 2016/57677)
SAP de Sevilla, Secc. 1ª, de 22 de febrero de 2016 (EDJ 2016/64175)
SAP de Vizcaya, Secc. 2ª, de 25 de febrero de 2016 (EDJ 2016/39566)
SAP de Madrid, Secc. 15ª, de 4 de abril de 2016 (EDJ 2016/66374)
SAP de Valencia, Secc. 3ª, de 26 de abril de 2016 (EDJ 2016/100785)
SAP de Madrid, Secc. 23ª, de 27 de mayo de 2016 (EDJ 2016/71732)
SAP de Vizcaya, Secc. 2ª, de 2 de junio de 2016 (EDJ 2016/158957)
SAP de Granada, Secc. 2ª, de 13 de junio de 2016 (EDJ 2016/148783)
SAP de A Coruña, Secc. 1ª, de 15 de junio de 2016 (EDJ 2016/137707)
SAP de Valladolid, Secc. 4ª, de 20 de junio de 2016 (EDJ 2016/139464)
SAP de Madrid, Secc. 1ª, de 29 de junio de 2016 (EDJ 2016/147511)
SAP de Zaragoza, Secc. 3ª, de 8 de julio de 2016 (EDJ 2016/156105)
SAP de Vizcaya, Secc. 6ª, de 14 de julio de 2016 (EDJ 2016/186581)
SAP de Baleares, Secc. 1ª, de 25 de julio de 2016 (EDJ 2016/163367)
SAP de Navarra, Secc. 1ª, de 27 de julio de 2016 (EDJ 2016/200551)
SAP de Zaragoza, Secc. 6ª, de 5 de septiembre de 2016 (EDJ 2016/171152)
SAP de Madrid, Secc. 16ª, de 12 de septiembre de 2016 (EDJ 2016/180625)
SAP de Asturias, de 26 de septiembre de 2016 (EDJ 2016/183832)
SAP de Valladolid, Secc. 4ª, de 27 de septiembre de 2016 (EDJ 2016/184035)
SAP de Santa Cruz de Tenerife, Secc. 2ª, de 29 de septiembre de 2016 (EDJ 2016/200650)
SAP de Madrid, Secc. 16ª, de 6 de octubre de 2016 (EDJ 2016/203130)

ANEXO III

RESOLUCIONES JUDICIALES QUE INCLUYEN TRASTORNOS ASOCIADOS (neuróticos y otros)

Todas las resoluciones empleadas en este apartado son relativas a trastornos neuróticos y del control de los impulsos, asociado a otra patología. La finalidad es comprobar la concordancia entre la terminología empleada en la redacción de las resoluciones y la recogida en los manuales internaciones de diagnóstico actuales. Los resultados serán ordenados en función del tipo de trastorno y clasificados en tres categorías: resoluciones con precisión diagnóstica, resoluciones con diagnóstico atribuible y resoluciones imprecisas o descartables. Finalmente se resumen los datos en forma de gráfico (figura 1).

I. Trastornos neuróticos asociados con otras patologías

1. Resoluciones con precisión diagnóstica

RESOLUCIÓN	ANOMALÍA/ALTERACIÓN
STS Sala 2ª, 5-2-1993	Uno de los procesados: politoxicómano, trastorno límite de la personalidad con rasgos narcisistas y antisociales, trastorno ciclotímico incluible en los trastornos afectivos y episodios psicóticos
SAP Murcia, 12-5-1995	Trastorno depresivo ansioso y dependencia del alcohol
STS Sala 2ª, 12-3-1998	Síndrome de dependencia a múltiples sustancias y trastorno adaptativo ansioso-depresivo
SAP Cuenca, 10-12-1998	Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y conducta y trastorno límite de la personalidad
SAP Asturias, 19-7-1999	Trastorno maniaco depresivo con evolución crónica, estando bajo la influencia del alcohol
SAP Murcia, 26-7-1999	Trastorno adaptativo y etilismo crónico
SAP Cáceres, 27-7-1999	Trastorno hipocondríaco asociado a episodios depresivos con síntomas psicóticos que merman su capacidad de juicio o raciocinio de conocer;
SAP Valladolid, 3-9-1999	Trastorno de la conducta y adaptativo, esquizofrenia paranoide con ideas delirantes y debilidad mental
STS Sala 2ª, 5-11-1999	Trastorno límite de la personalidad de tipo paranoide con síntomas psicóticos, dificultad para controlar los impulsos y trastornos depresivos recurrentes
SAP Murcia, 11-2-2000	Trastorno delirante persecutorio y trastorno ansioso depresivo
SAP A Coruña, 25-2-2000	Trastorno mixto de personalidad, esquizoide e inestabilidad emocional de tipo impulsivo
SAP Valladolid, 8-3-2000	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, con debilidad del juicio crítico y de la capacidad de autocontrol (conducta instintiva, pulsiva y presentista)
SAP Asturias, 30-3-2000	Trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo y esquizofrenia paranoide
SAP Girona, 25-4-2000	Trastorno distímico (depresión) e importante ingesta de alcohol
SAP Madrid,	Trastorno límite de personalidad con alteraciones de conducta y déficil en el control de los

11-5-2000	impulsos, episodios psicóticos, abuso de drogas y alcohol
STS Sala 2ª, 6-11-2000	Trastorno de ansiedad generalizado, trastorno distímico, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y abuso de alcohol
SAP Barcelona, sec. 5ª, 30-4-2001	Trastorno de personalidad (histriónico-narcisista-disocial) , trastorno de control de los impulsos: cleptomanía
SAP Segovia, 30-11-2001	Trastorno hipercinético con ansiedad y conducta impulsiva, además, retraso en el aprendizaje
SAP Burgos, 4-2-2002	Trastorno distímico, ludopatía y rasgos paranoides
SAP La Rioja, 15-3-2002	Trastorno de personalidad con episodios disfóricos, irritabilidad y notable impulsividad. Frecuentes también los episodios paranoides y síntomas disociativos graves
SAP Valladolid, 15-5-2002	Trastorno límite de personalidad con características esquizotípicas y cuadros intensos de ansiedad generalizada, sin control de los impulsos
SAP Castellón, 28-5-2002	Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta y en el momento de los hechos, esquizofrenia.
SAP Lleida, 17-6-2002	Trastorno de la personalidad con rasgos antisociales, con impulsividad, baja tolerancia a la frustración y oscilaciones de estado de ánimo. Además cuadros ansioso depresivos
SAP Valladolid, 31-7-2002	Trastorno psicótico-esquizofrénico con componentes depresivos que anulaba por completo sus facultades
SAP Zaragoza, 18-10-2002	Trastorno límite de la personalidad, con rasgos de evitación y dependencia, depresión crónica, impulsividad y dependencia del alcohol
STS Sala 2ª, 16-12-2002	Trastorno adaptativo con alteración de la conducta sobre una capacidad intelectual límite
SAP Sevilla, 19-12-2002	Trastorno límite de personalidad, capacidad intelectual límite, escaso control de los impulsos y baja tolerancia a las frustraciones, dependencia a opiáceos
SAP Valladolid, 14-1-2003	Trastorno adaptativo ansioso-depresivo y retraso mental leve o moderado.
SAP Sevilla, 17-3-2003	Trastorno mixto ansioso-depresivo reactivo a estrés intenso y con episodios confusionales considerados psicógenos, además posible epilepsia y estados crepusculares.
SAP Valladolid, 2-5-2003	Esquizofrenia y trastorno del control de los impulsos
STS Sala 2ª, 9-6-2003	Trastorno depresivo con síntomas psicóticos, presentando tendencia a la autolesión
SAP Ciudad Real, 19-6-2003	Trastorno adaptativo (neurosis de ansiedad por estrés prolongado) y trastorno paranoide de la personalidad
STS Sala 2ª, 17-10-2003	Trastorno de la personalidad mixto esquizoide y por evitación, trastorno de angustia con agorafobia recurrente e ingesta de alcohol y drogas el día de los hechos
STS Sala 2ª, 22-10-2003	Cuadro psicopatológico de trastornos de conducta asociados a ingesta de psicofármacos, además de un trastorno de inestabilidad emocional, con graves dificultades para controlar los actos impulsivos e ingesta de sustancias psicoactivas (sedantes y antidepresivos)
SAP Granada, 27-1-2004	Trastorno disocial y esquizoide de la personalidad, trastorno de inestabilidad emocional, trastorno depresivo y síndrome postraumático cerebral
SAP Barcelona, 11-2-2004	Trastorno bipolar I grave y trastorno afectivo ciclotímico con sintomatología ansioso depresiva
SAP Burgos, 13-2-2004	Trastorno límite de la personalidad con inestabilidad afectiva, impulsividad y falta de inhibición, con afectación del grado de percepción y de la conciencia de la realidad, además retraso mental leve
SAP Ourense, 16-4-2004	Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos con ideaciones delirantes
SAP Barcelona, 28-4-2004	Trastorno depresivo con personalidad inmadura y tendencias a una descompensación etílica
SAP La Rioja,	Trastorno depresivo de características graves y etiología orgánica

6-5-2004	
SAP Burgos, 7-5-2004	Trastorno adaptativo grave de conducta, retraso mental moderado
SAP Valladolid, 12-11-2004	Trastorno de la conducta con inestabilidad emocional, reacciones exageradas e impulsividad y una capacidad intelectual límite
SAP Pontevedra, 1-4-2005	Trastorno de ansiedad inespecificado, trastorno conversivo, oligofrenia leve y trastorno del control de los impulsos
SAP Guadalajara, 13-5-2005	Trastorno límite de personalidad, compulsividad y cuadro depresivo en tratamiento
SAP Valladolid, 14-6-2005	Personalidad conflictiva, heteroagresiva, con rasgos obsesivos de la personalidad que le afecta al control de los impulsos
SAP Castellón, 30-6-2005	Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y ánimo) y trastorno no específico de la personalidad
SAP Asturias, 5-7-2005	Trastorno ansioso-depresivo, esquizoafectivo y psicótico no especificado
SAP Huelva, 15-12-2005	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y dependencia del alcohol
SAP Alicante, 16-12-2005	Trastorno ciclotímico, falta de control de los impulsos e ideas delirantes casi paranoicas
SAP Navarra, 17-5-2006	Trastorno ansioso-depresivo y consumo de estupefacientes que disminuyen su capacidad
SAP Almería, 15-6-2006	Trastorno de ansiedad generalizada y esquizofrenia paranoide en el momento de ejecución de los hechos
SAP Barcelona, 18-7-2006	Trastorno de la afectividad, inteligencia límite y alteración de la conducta
SAP Salamanca, 28-7-2006	Primer acusado: trastorno disocial de personalidad, con rasgos acusados de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, narcisimo, paranoidismo, dificultad de relaciones interpersonales y dificultad de autocontrol, derivados de su línea biografía, larga estancia en prisión y consumo de drogas. Segundo acusado: trastorno disocial de personalidad y de comportamiento, debido al consumo de drogas y prolongada vida carcelaria. Tercer acusado: trastorno de personalidad, motivado básicamente por el consumo y alternativa abstinencia de cocaína, transtorno antisocial, psicótico, y alta impulsividad
SAP Valladolid, 6-11-2006	Trastorno ansioso-depresivo vinculado a una problemática alcohólica
SAP Alicante, 13-11-2006	Trastorno depresivo recurrente con episodios graves y con síntomas psicóticos asociados a trastornos de la personalidad, agravado por el consumo de tóxicos
SAP Madrid, 20-11-2006	Capacidad intelectual límite y dificultad en el apredizaje con disminución del control de los impulsos y oscilaciones del estado de ánimo
SAP Asturias, 30-1-2007	Trastorno esquizotípico de la personalidad y depresivo crónico
SAP La Rioja, 9-2-2007	Dependencia alcohólica con trastornos mentales o del comportamiento, trastorno mixto de la personalidad y trastorno mixto ansioso-depresivo
SAP Madrid, 19-4-2007	Trastorno adaptativo mixto, del control de los impulsos, dependencia del alcohol y trastorno de orientación sexual y voyeurismo
SAP Albacete, 14-5-2007	Trastorno psicótico, abuso de alcohol y cannabis, ludopatía y trastorno límite de la personalidad
SAP Burgos, 12-7-2007	Trastorno psicótico, ansiedad y depresión leve
SAP Sevilla, 5-11-2007	Trastorno depresivo recurrente y retraso mental leve-moderado
SAP Málaga,	Trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo de múltiples drogas con

4-12-2007	predominio de ideas delirantes, con rasgos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (personalidad explosiva y agresiva)
SAP Málaga, 17-3-2008	Trastorno de personalidad límite y trastorno disociativo
SAP de Madrid, sec. 27ª, 27-3-2008	Trastorno mixto de personalidad. Trastorno disociativo no especificado y posible trastorno psicótico no especificado
ATS Sala 2ª, 7-10-2010	Politoxicómano, unida a trastorno psíquico (obsesivo-compulsivo)
SAP de Málaga, sec. 8ª, 10-10-2008	Trastorno límite de la personalidad, trastorno de control de impulsos y trastorno ansioso-depresivo
STS Sala 2ª, 22-12-2008	Trastorno mixto de personalidad, trastorno disociativo no especificado y posible trastorno psicótico no especificado
SAP Castellón, 27-3-2009	Trastorno de la afectividad por trastorno adaptativo y dependencia de sustancias psicoactivas (minusvalía psíquica del 65% reconocida)
SAP Sevilla, 3-4-2009	Trastorno ansioso-depresivo y consumo desmedido de alcohol
SAP Jaén, 30-4-2009	Trastorno depresivo grave e ingesta de alcohol y ansiolíticos
SAP Tarragona, 5-5-2009	Trastorno límite de personalidad y trastorno hipocondriaco con constante inestabilidad afectiva y dificultad para controlar los impulsos y de establecer relaciones interpersonales estables
SAP Valladolid, 18-5-2009	Primer acusado: trastorno adaptativo con alteración de conducta y trastorno límite de la personalidad que le condiciona el control de los impulsos. Segundo acusado: trastorno cognitivo, trastorno de la afectividad, trastorno paranoide crónico, trastorno distímico y trastorno de ansiedad generalizada
SAP Asturias, 4-6-2009	Trastorno de personalidad inestable, tipo impulsivo, dependencia de drogas y trastorno mixto ansioso-depresivo
SAP Córdoba, 18-9-2009	Trastorno cognitivo por síndrome postconmocional cerebral, trastorno de afectividad y trastorno adaptativo de etiología psicógena
SAP Lleida, 24-9-2009	Trastorno depresivo recurrente y trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado
SAP Valladolid, 28-9-2009	Trastorno límite, trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia paranoide, trastorno de ansiedad con síntomas fóbicos y obsesivos, conductas evitativas y consumo perjudicial de alcohol y cannabis
SAP Asturias, 30-9-2009	Hiperactividad, epilepsia focal y trastorno ansioso-depresivo
SAP Madrid, 19-11-2009	Trastorno psicótico, trastorno ansioso-depresivo y dependencia del alcohol
SAP Tarragona, 7-12-2009	Trastorno histriónico de la personalidad, trastorno de pánico con agorafobia y consumo de alcohol
SAP Madrid, 22-1-2010 (EDJ 2010/23512)	Trastorno de personalidad inespecífico con alteraciones conductuales con tendencia al descontrol impulsivo, baja tolerancia a la frustración y abuso de alcohol
SAP Barcelona, 15-2-2010	Trastorno límite de la personalidad, ludopatía y consumidor habitual de estupefacientes
SAP Málaga, 7-5-2010	Retraso mental ligero por miningoencefalitis de etiología infecciosa, y alteración de la conducta por trastornos adaptativos de etiología psicógena
STS Sala 2ª, 21-5-2010	Trastorno de inclinación sexual (parafilia), déficit de atención con hiperactividad, epilepsia focal psicomotora con crisis parciales complejas de lóbulo temporal, trastorno ansioso-depresivo y personalidad débil y depresiva
SAP Madrid, 29-	Trastorno de personalidad con rasgos de inestabilidad emocional y especialmente con altera-

6-2010	ciones del control de la impulsividad, que cursó con alcohol
SAP Barcelona, 30-9-2010	Trastorno psicótico no grave, trastorno límite de personalidad y trastorno adaptativo mixto con ansiedad
SAP Valladolid, 19-11-2010	Trastorno disociativo y consumo desadaptativo de alcohol, heroína y cocaína
SAP Guipúzcoa, 7-3-2011	Trastorno psicótico debido al consumo de drogas y trastorno mixto ansioso-depresivo
SAP Guipúzcoa, 11-3-2011	Trastorno ansioso-depresivo, trastorno somatomorfo, trastorno esquizoide y trastorno límite de la personalidad
SAP Valladolid, 28-4-2011	Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo y trastorno de personalidad mixto
SAP Castellón, 6-6-2011	Trastorno antisocial de la personalidad con crisis paroxísticas de ansiedad y trastorno depresivo leve
SAP Madrid, 21-11-2011	Trastorno ansioso depresivo y epilepsia idiopática generalizada
SAP Madrid, 22-11-2011	Trastorno disociativo con síntomas paranoides
SAP Madrid, 21-3-2012	Trastorno mixto de personalidad con criterios de inestabilidad emocional y trastorno disocial de la personalidad, habiendo ingerido gran cantidad de cocaína, estando afectadas sus capacidades de forma severa
SAP Lleida, 1-6-2012	Trastorno esquizoide, deterioro de las capacidades intelectuales, laborales, afectivas y sociales debidas a un trastorno depresivo mayor y adicción al alcohol
SAP Madrid, 12-6-2012	Trastorno ansioso depresivo y adicción a las drogas
SAP Vizcaya, 13-7-2012	Trastorno límite de personalidad y trastorno de depresión mayor e intoxicación semiplena a la heroína, cocaína y alcohol
SAP Madrid, 20-9-2012	Trastorno adaptativo mixto (ansioso depresivo) con rasgos esquizoides y compulsivos que puede favorecer conductas descontroladas
SAP Barcelona, 1-10-2012	Trastorno psicótico delirante y trastorno depresivo grave que implica que no es capaz de gobernarse por sí mismo en actos relacionados con su delirio
SAP Murcia, 8-10-2012	Trastorno distímico (depresión) y cierta dependencia al alcohol que provocaba deterioro de la capacidad de juicio y déficit emocional
SAP Madrid, 12-11-2012	Trastorno de personalidad de tipo impulsivo, por dependencia a cannabis y consumo de cocaína, todo lo cual determina una impulsividad y una inestabilidad emocional elevadas
SAP Madrid, 5-12-2012	Trastorno ansioso-depresivo de intensidad moderada y situación social de marginalidad con dificultades de comunicación, además consumo abusivo de alcohol
SAP Pontevedra, 10-12-2012	Trastorno depresivo mayor y consumo de alcohol y traquilizantes, ansiolíticos e hipnóticos que anulaba sus facultades volitivas y afectaba a las intelectivas
SAP Las Palmas, 25-1-2013	Trastorno disocial de la personalidad que comporta un trastorno volitivo severo en relación a sus impulsos agresivos y consumo de drogas
SAP Madrid, 30-1-2013	Trastorno adaptativo depresivo y leve falta de control de impulsos derivada del trastorno límite de la personalidad agravado con la toma de alcohol y droga
SAP Badajoz, 15-2-2013	Trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo y trastorno psicótico de tipo delirante
SAP Madrid, 10-6-2013	Trastorno de depresión mayor y trastorno psicótico con ideas delirantes
SAP Madrid, 10-7-2013	Trastorno depresivo recurrente y trastorno de ideas delirantes persistentes
SAP Barcelona, 23-10-2013	Esquizofrenia paranoide y trastorno fóbico
STSJ Madrid, 31-1-2014	Trastorno de ansiedad y episodio depresivo de mala evolución por el que se medicaba y consumo de cervezas y cocaína
STSJ Cataluña, 16-1-2014	Trastorno adaptativo con síndromes depresivos, personalidad de tipo paranoide, narcisista y psicopático, además consumo de cocaína, pero no afectaba a sus capacidades
SAP Albacete,	Trastorno ansioso-depresivo y adicción al alcohol

12-2-2014	
SAP Vizcaya, 12-3-2014	Trastorno ansioso-depresivo y trastorno de dependencia de alcohol, estimulantes y benzo-diazepinas; además, problemas psicosociales de abandono del propio cuidado
SAP Navarra, 8-5-2014	Trastorno mixto ansioso depresivo y toxicomanía
SAP Madrid, 2-7-2014	Trastorno adictivo de cocaína, trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y sentimientos y trastorno límite de la personalidad
SAP Albacete, 7-7-2014	Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos que alteraba su capacidad de control de impulsos
SAP Cádiz, 18-9-2014	Trastorno ansioso depresivo de larga evolución, trastorno de personalidad dependiente y evitativa y síntomas psicóticos
SAP Madrid, 22-10-2014	Trastorno de la personalidad mixto, con rasgos hipocondriacos e histéricos y marcada disposición paranoide

2. Resoluciones con diagnóstico atribuible:

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUIDO	DIAGNÓSTICO ATRIBUIBLE
STS Sala 2ª, 18-5-1993	Depresión y ludopatía	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios).
SAP Zaragoza, 11-10-1999	Trastorno narcisista y TOC	Trastorno de personalidad narcisista (F.60.81). En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42).
SAP Madrid, 24-1-2000	Estado de ansiedad, otros trastornos en su comportamiento y coeficiente intelectual del 55 al 60%	Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. El diagnóstico "otros trastorno en su comportamiento" es impreciso, por lo que se recomienda trastorno adaptativo con alteración en la conducta (F.43.24)
SAP Córdoba, 8-2-2000	Trastorno adaptativo de personalidad y coeficiente intelectual del 50 al 70%	No existe el trastorno adaptativo de la personaldiad, por lo que entendemos que el diagnóstico sería trastorno adaptativo, pero habría que especificar el tipo. Trastorno del neurodesarrollo: discapacidad intelectual o retraso mental leve (F.70)
SAP Madrid, 5-7-2000	Trastorno de conducta, obsesiva y agresiva, y consumo de cocaína	Trastorno de la conducta: especificar el tipo de inicio (F.91.1,2,9). Trastorno mixto de personalidad tipo agresivo (F.07.0) y trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5)
STS Sala 2ª, 6-11-2000	TAG, trastorno distímico, trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, abuso de alcohol, problemas psicológicos preexistentes a la comisión del delito	En relación al trastorno depresivo persistente (distimia): especificar la remisión y los episodios (F.34.1). Trastorno por consumo de alcohol. Es necesario indicar la gravedad actual.
SAP Madrid, 8-3-2001	Trastorno de personalidad y depresión reactiva	Especificar el tipo de trastorno de personalidad (Grupo A,B,C). Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurren-

		te), Distimia (especificar la remisión y los episodios)
SAP Barcelona, 30-4-2001 (EDJ 2001/27138)	Neurosis compulsiva, trastorno mixto de la personalidad (histriónico-narcisista-disocial), trastorno depresivos recurrentes, politoxicofilia (medicamentos y etílica) y trastorno del control de los impulsos en forma de cleptomanía y compras compulsivas	Entendemos que la neurosis compulsiva se referirá a algún tipo de TOC. Especificar si: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Especificar si está relacionado con tics. Especificar sin hay predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos (F. 42.0) o predominio de actos compulsivos (F. 42.1) o bien, mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F. 42.2)
STS Sala 2ª, 31-10-2001	Síndrome ansioso-depresivo, trastorno esquizoafectivo bipolar con episodios maniáco-depresivos y un inicio de deterioro orgánico y funcional cerebral que potencia un trastorno de la inclinación sexual (parafilia tipo pedofilia)	Sustituir "síndrome" por trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23)
SAP Guadalajara, 7-1-2002	Trastorno paranoide, síndrome depresivo y abuso de bebidas alcohólicas	Sustituir "síndrome" por trastorno depresivo. Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios).
SAP Málaga, 2-5-2002	Trastorno del control de los impulsos con padecimiento a veces de brotes psicóticos	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)
SAP Cantabria, 12-7-2002	Trastorno del control de los impulsos y trastorno de personalidad no especificado	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)
SAP Asturias, 12-12-2002	Trastorno del control de los impulsos, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y sintomatología psicótica	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos. Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios). Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. Especificar el tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Especificar el tipo de trastorno psicótico
SAP de Guadalajara, 3-2-2003	Trastorno mixto esquizoide y por evitación, así como agorafobia	Trastorno mixto de personalidad esquizoide (F.60.1) y trastorno de la personalidad evitativa (F.60.6)
SAP Lleida, 4-3-2003	Trastorno bipolar y de control de los impulsos	Necesario indicar si es trastorno bipolar I ó II y el tipo de episodio e intensidad del mismo. Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos.
STS Sala 2ª, 2-2-2004	Retraso mental ligero (consciente intelectual del 65-70%) y trastorno del control de los impulsos leve	Retraso mental leve o discapacidad intelectual leve (F.70)

STS Sala 2ª, 13-5-2004	Trastorno de personalidad de componente mixto que afecta a la capacidad de control de sus impulsos agresivos con cuadros disociativos posteriores	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Necesario indicar el tipo de trastorno disociativo: T. de identidad dosiciativa (F.44.81), Amnesia disociativa (F.44.0), especificando si hay fuga dosiciatva, T. de despersonalización (F.48.1)
STS Sala 2ª, 27-5-2004	Personalidad de tipo paranoide, TOC y trastorno por estrés postraumático	Trastorno de personalidad paranoide (F.60.0). En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42). Trastorno por estrés postraumático: especificar si tiene síntomas disociativos o con expresión retardada (F.43.10)
SAP Guadalajara, 21-9-2004	Trastorno de la personalidad, del control de los impulsos y abuso de polisustancias	Especificar el tipo de trastorno de personalidad (Grupo A,B,C). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos. Especificar el tipo de trastorno relacionado con sustancias y la intensidad del mismo
SAP Cuenca, 21-10-2004	Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico y abuso de alcohol.	Trastorno psicótico breve: especificar los factores (F.23) o si es debido al consumo de sustancias/medicamentos (F1x.5) o debido a otra afección médica, especificando si existen delirios (F.06.2) o alucinaciones (F.06.0)
SAP Madrid, 27-12-2004	Trastorno de personalidad, trastorno adaptativo, consumo de alcohol y de ansiolíticos	Especificar el tipo de trastorno de personalidad (Grupo A,B,C). Especificar el tipo de trastorno adaptativo
STS Sala 2ª, 4-7-2005	Trastorno disocial de la personalidad, trastorno esquizoide, trastorno de inestabilidad emocional y trastorno depresivo	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia: especificar la remisión y los episodios (F.34.1)
SAP Barcelona, 7-7-2005	Trastorno de la personalidad y ciclotimia con estado ansioso depresivo	Especificar el tipo de trastorno de personalidad (Grupo A,B,C).
SAP Madrid, 19-7-2005	Trastorno de personalidad, adaptativo con caracteres emocionales mixtos y esquizofrenia en pequeños rasgos	Trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23)

SAP Madrid, 26-7-2005	Trastorno de conducta, alteración del control de los impulsos, alcoholismo y minusvalía del 33%	Especificar el inicio del trastorno de la conducta, si existen emociones prosociales limitadas y la intensidad del mismo (F.91,1,2,9)
SAP Madrid, 29-7-2005	Ansiedad, depresión psicótica, episodios depresivos, abuso de cocaína y personalidad de rasgos inestables	Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. Trastorno de depresión mayor con características psicóticas. Especificar si es de episodio único (F.32.3) o episodios recurrentes (F.33.3). Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F.60.3)
SAP Murcia, 2-2-2006	Retraso mental con trastorno de conducta y alteración del control de los impulsos	Especificar el tipo de retraso mental o discapacidad intelectual (F.70,71,72,73,88,79). Trastorno de la conducta: especificar el tipo de inicio (F.91.1,2,9).
SAP Asturias, 9-3-2006	Esquizofrenia y TOC	En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)
SAP Barcelona, 18-10-2006	Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de la personalidad y consumo de alcohol	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C)
SAP Cádiz, 28-11-2006	Trastorno límite de la personalidad y trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo	Especificar si es trastorno afectivo depresivo con episodio leve (F.32.0) o con episodio moderado (F.32.1) y si existen síntomas somáticos o no
SAP Burgos, 4-12-2006	Trastorno adaptativo (depresión) y trastorno límite de la personalidad	Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
SAP de Álava, 25-1-2007	Trastorno depresivo y cleptomanía	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8). T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios)
SAP La Rioja, 9-2-2007	Dependencia alcohólica con trastornos mentales o del comportamiento, trastorno mixto de la personalidad y trastorno mixto ansioso-depresivo	Trastorno relacionado con el alcohol: especificar la gravedad (F.10.10, 10.20). Trastorno de la conducta: especificar el tipo de inicio (F.91.1,2,9). Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Gripo A,B,C)

SAP Barcelona, 22-3-2007	Trastorno adaptativo y adicción a la heroína	Especificar el tipo de trastorno adaptativo
SAP Lleida, 9-5-2007	Trastorno paranoide de la personalidad y trastorno del control de los impulsos	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos
SAP Barcelona, 31-5-2007	Trastorno de personalidad y adicción a estupefacientes que disminuye su capacidad para controlar los impulsos	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Gripo A,B,C)
SAP La Rioja, 30-8-2007	Trastorno disociativo y trastorno de la personalidad esquizotípico y paranoide	Necesario indicar el tipo de trastorno disociativo: T. de identidad disociativa (F.44.81), Amnesia disociativa (F.44.0), especificando si hay fuga disociatva, T. de despersonalización (F.48.1)
SAP de Asturias, 14-9-2007	Trastorno obsesivo compulsivo grave que causa distorsión en el normal desarrollo psicosexual	Especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)
SAP Barcelona, 3-10-2007	Trastorno llímite de la personalidad, trastorno del control de los impulsos y retraso mental ligero	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)
SAP A Coruña, 4-2-2008	Trastorno adaptativo de la personalidad, trastorno de la personalidad tipo límite, situación vital altamente estresante, depresión reactiva severa y consumo compulsivo de alcohol y de sustancias psicotrópicas	No existe el trastorno adaptativo de la personalidad, por lo que entendemos que el diagnóstico sería trastorno adaptativo, pero habría que especificar el tipo. Trastorno de estrés agudo (F.43.0)
SAP Madrid, 8-2-2008	Trastorno adaptativo prolongado con síntomas depresivos, juego patológico y trastorno de personalidad	Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido persistente (F.43.21). Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C)
SAP Madrid, 10-3-2008	Trastorno límite de la personalidad, dependencia del alcohol y estado depresivo, con comportamiento impulsivo	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios)

SAP Zaragoza, 14-4-2008	Síndrome ansioso depresivo con múltiples intentos de autolisis, personalidad paranoide con psicosis residual de tipo cultural y trastorno histriónico de la personalidad	Trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2). Trastorno de ideas delirantes persistentes que incluye el estado paranoide (F.22.0) o trastorno de personalidad paranoide (F.60.0)
SAP Madrid, 28-5-2008	Hipoacusia congénita bilateral, retraso psicomotor y trastorno de conducta con rasgos ansioso-depresivos, heteroagresividad y ludopatía	Trastorno específico del desarrollo psicomotor (F.82). Trastorno de la conducta: especificar el tipo de inicio, si existen emociones prosociales limitadas y la gravedad actual (F.91.1,2,9) Trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)
ATS Sala 2ª, 12-6-2008	Trastorno ansioso-depresivo y trastorno de la personalidad	Trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2). Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C)
SAP Barcelona, 10-7-2008	Borderline y trastorno del control de los impulsos	Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite (F.60.31). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos
SAP Castellón, 2-10-2008	Abuso de alcohol y TOC	En cuanto al alcohol, especificar si es un trastorno por consumo y su intensidad (F.10.10,20) o intoxicación por alcohol. En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics F.42)
SAP Madrid, 11-3-2009	Esquizofrenia paranoide y TOC con predominio de pensamientos obsesivos	En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics F.42)
SAP Castellón, 6-4-2009	Trastorno de conversión, hipocondría y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, patología que, asociada a la ingesta de tóxicos, potencia su agresividad	Trastorno disociativo (de conversión): especificar el tipo (F.44.7,44.8,44.82,44.88,44.9). Trastorno hipocondríaco (F.45.2)
SAP Málaga, 12-5-2009	Trastorno del control de los impulsos y retraso mental	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos. Especificar el tipo de trastorno de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,711,72,73,88,79)
SAP Ourense, 9-6-2009	Trastorno de la personalidad de tipo impulsivo y dependencia al alcohol	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo (F.60.30)

SAP Valencia, 29-6-2009	Trastorno por déficit de atención del adulto, trastorno del control de los impulsos, trastorno de ansiedad de alta intensidad y rasgos anómalos de personalidad	Trastorno por déficit de atención: especificar la presentación, si está en remisión parcial y la gravedad actual (F.90.2,90.0,90.1). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos. Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C)
SAP Guipúzcoa, 6-7-2009	Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y el comportamiento de tipo crónico, dependencia de alcohol, benzodiazepinas y opiáceos y probable trastorno de la personalidad no especificado con rasgo dependiente	Sustituir "comportamiento" por "conducta" (F.43.25)
SAP Girona, 7-7-2009	Trastorno mixto ansioso depresivo con dependencia del alcohol, depresión y ludopatía	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios)
SAP Barcelona, 1-10-2009	Trastorno adaptativo y trastorno de personalidad con grave impulsividad, reaccionando de manera exagerada	Especificar el tipo de trastorno adaptativo. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo (F.60.30)
SAP Pontevedra, 13-10-2009	Conjunto de trastornos ansiosos, sobre la base de una personalidad predispuesta, que se han combinado con el consumo tóxico, hasta llegar a una situación de aislamiento y de grave dependencia, no solo a tóxicos, sino también y sobre todo,al uso de internet, donde el informado se ha envuelto en una conducta autodestructiva consciente pero en la que su voluntad se vió afectada	Especificar el tipo de trastorno de ansiedad.
SAP Salamanca, 30-10-2009	Trastorno del control de los impulsos, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y consumo de bebidas alcohólicas	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)

SAP Zaragoza, 18-2-2010	Trastorno paranoide, TOC y abuso de alcohol	Trastorno de ideas delirantes persistentes que incluye el estado paranoide (F.22.0) o trastorno de personalidad paranoide (F.60.0). En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)
SAP Valladolid, 5-4-2010	Trastorno de la personalidad y trastorno del control de los impulsos	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)
SAP Asturias, 6-4-2010	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, con rasgos de inseguridad y ansiedad, trastorno del control de los impulsos y síntomas depresivos	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos. Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios). Especificar el tipo de trastorno de ansiedad
SAP Vizcaya, 19-4-2010	Trastorno de la personalidad, esquizofrenia paranoide y trastorno del control de los impulsos	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos
SAP Madrid, 28-5-2010	Trastorno de abuso de sustancias y ansiedad, con antecedentes de psicosis tóxica	Especificar el tipo de trastorno relacionado con sustancias y la intensidad del mismo. Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol o pos sustancias psicotropas (F1x.7)
SAP Madrid, 8-7-2010	Trastorno de la personalidad y trastorno adaptativo con sintomatología mixta, labilidad afectiva, gran componente ansioso, agresividad, alteraciones de conducta y dificultad para el control de los sus actos	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23) o con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25). Especificar la intensidad (F.43.20)
SAP Albacete, 30-7-2010	Trastorno de personalidad y trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C)
SAP Ciudad Real, 7-10-2010	Retraso mental ligero, trastorno del control de los impulsos y ansiedad	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos. Especificar el tipo de trastorno de ansiedad

SAP Barcelona, 19-11-2010	TOC con sintomatología bipolar, agravado por consumo de alcohol y cocaína el día de los hechos	En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42). Trastorno bipolar I ó II: especificar el tipo de episodio, si existe remisión y la intensidad del mismo
SAP Vizcaya, 3-1-2011	Trastorno depresivo importante y dependencia al alcohol de larga data	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios). Trastorno por consumo de alcohol. Es necesario indicar la gravedad actual
SAP Vizcaya, 7-2-2011	Trastorno de la personalidad, trastorno del control de los impulsos y esquizofrenia paranoide	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)
SAP Madrid, 8-3-2011	Trastorno psicótico y trastorno depresivo	Trastorno psicótico breve: especificar los factores (F.23) o si es debido al consumo de sustancias/medicamentos (F1x.5) o debido a otra afección médica, especificando si existen delirios (F.06.2) o alucinaciones (F.06.0) Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios).
SAP Huesca, 5-4-2011	Trastorno de la personalidad, alteración ansioso-depresiva y consumo importante de alcohol el día de los hechos	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Trastorno mixto ansioso-depresivo (F.41.2)
SAP de Madrid, sec. 27ª, 27-4-2011	Trastorno depresivo y trastorno de somatización con ideación delirante	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios). El trastorno de somatización: especificar el predominio (F.45.1)
SAP Madrid, 28-4-2011	Trastorno de personalidad inestable tipo ansioso-depresivo con rasgos disociales, dependientes y bajo control de los impulsos	Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite (F.60.31) o de tipo impulsivo (F.31) y trastorno disocial de la personalidad (F.60.2) Trastorno mixto ansioso depresivo (F.41.2)

SAP Tarragona, 16-5-2011	Trastorno depresivo mayor recurrente y trastorno de la personalidad	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C).
SAP Madrid, 16-5-2011	Trastorno adaptativo y de abuso de cocaína	Especificar el tipo de trastorno adaptativo. Trastorno relacionado con los estimulantes (cocaína): especificar la gravedad actual (F.14.10, 14.20)
STS Sala 2ª, 18-5-2011	TOC y alcoholismo	Necesario especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)
SAP Zaragoza, 1-6-2011	Trastorno de personalidad y trastorno del control de los impulsos	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos
STS Sala 2ª, 7-6-2011	Trastorno ansioso muy nervioso y trastorno de la personalidad, con aceleración de pensamiento y ligera fuga de ideas	Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). Trastorno de amnesia disociativa con fuga disociativa (F.44.1)
SAP Madrid, 16-6-2011	Trastorno límite de la personalidad, depresión, trastorno de ansiedad y alcoholismo	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios). Especificar el tipo de trastorno de ansiedad
SAP Baleares, 17-6-2011	TOC y trastorno psicótico con riesgos paranoides	En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42). Trastorno psicótico breve: especificar los factores (F.23) o si es debido al consumo de sustancias/medicamentos (F1x.5) o debido a otra afección médica, especificando si existen delirios (F.06.2) o alucinaciones (F.06.0)
SAP Madrid, 7-7-2011	Trastorno de personalidad con marcados rasgos de obsesivos y paranoides	Trastorno de personalidad mixto paranoide (F.60.0) y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (.60.5)
SAP Jaén, 11-7-2011	Trastorno esquizoide y TOC	Trastorno de la personalidad esquizoide (F.60.1). En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)

SAP Asturias, 27-9-2011	Trastorno bipolar y TOC	Necesario indicar si es trastorno bipolar I ó II y el tipo de episodio e intensidad del mismo. En relación al TOC, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)
SAP Burgos, 27-12-2011	Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína y heroína, dependencia alcohólica asociado a un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo impulsivo	Eliminar "trastorno mental" por resultar impreciso. Añadir trastorno relacionado con sustancias y especificar el tipo
SAP Badajoz, 10-7-2012	Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento, trastorno del control de los impulsos y trastorno de personalidad no especificado de la conducta	Trastorno adaptativo con alteración de la conducta (F.43.24). Especificar el tipode trastorno del control de los impulsos
STS Sala 2ª, 19-7-2012	Trastorno adaptativo y trastorno esquizoide	Especificar el tipo de trastorno adaptativo
SAP Burgos, 26-7-2012	Trastorno límite de personalidad y trastorno depresivo asociado, junto con dependencia a cocaína, cannabis y alcohol pero sin afectación de sus capacidades de querer y conocer.	Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8). T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia (especificar la remisión y los episodios)
SAP Barcelona, 19-10-2012	Trastorno de personalidad agravado por consumo de alcohol y estupefacientes, además trastorno de carácter psicótico con serias dificultades para controlar los impulsos y reacciones ansioso depresivas	Especificar el tipo de trastorno de personalidad (Grupo A,B,C).
SAP A Coruña, 9-11-2012	Trastorno de inestabilidad emocional, conducta obsesiva y abuso alcohólico que disminuye de forma muy débil sus facultades superiores	Sustituir "conducta obsesiva" por "trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva" (F.60.5)

SAP Madrid, 11-7-2013	Trastorno bipolar y trastorno adaptativo depresivo	Necesario indicar si es trastorno bipolar I ó II y el tipo de episodio e intensidad del mismo. Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido (F.43.21)
SAP de Albacete, 17-12-2013	Trastornos del estado de ánimo, trastornos disociativos, deficiencia mental de grado medio, capacidad intelectual límite y depresión neurótica	Necesario indicar el tipo de trastorno disociativo: T. de identidad disociativa (F.44.81), Amnesia disociativa (F.44.0), especificando si hay fuga disociativa, T. de despersonalización (F.48.1)
SAP Madrid, 10-4-2014	Trastorno depresivo mayor con ideas autolíticas, retraso mental y trastorno del control de los impulsos, derivado de consumo perjudicial de cocaína y cannabis	Especificar el tipo de trastorno de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,711,72,73,88,79). Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos
SAP Barcelona, 7-5-2014	Trastorno de la personalidad con rasgos paranoides y trastorno del control de los impulsos	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos (F.63-F.69)
SAP Castellón, 13-10-2014	Cuadro de amnesia compatible con la ingesta abundante de alcohol	Amnesia disociativa (F.44.0)
SAP Valencia, 17-6-2015	Psicosis por drogas, depresión neurótica, trastorno bipolar y trastorno por abuso de drogas y alcohol continuo	Trastorno de depresión mayor con características psicóticas: especificar si es episodio único (F.32.2) o recurrente (F.33.3). Necesario indicar si es trastorno bipolar I ó II y el tipo de episodio e intensidad del mismo. En relación a los trastornos relacionados con sustancias: especificar qué tipo de sustancia y la gravedad actual del mismo
AP Barcelona, 2-2-2016	Trastorno disociativo inespecífico y psicosis orgánica y trastorno mental por drogas	Trastorno disociativo (de conversión): especificar el tipo (F.44.7,44.8,44.82,44.88,44.9). En relación a los trastornos relacionados con sustancias: especificar qué tipo de sustancia y la gravedad actual del mismo

3. Resoluciones con diagnóstico impreciso y no atribuible

RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO ATRIBUÍDO	ERRORES
STS 23-1-1946	Neurosis obsesiva, débil voluntad y muy limitada inteligencia	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42) o trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5)
STS 10-3-1947	Desequilibrio mental profundo y vigoroso y neurosis obsesiva	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42) o trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5)
STS 16-6-1961	Psicopatía y psicosis depresiva despersonalizada e inhibida con matiz paranoico	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). Trastorno bipolar (F. 31): antigua psicosis maníaco-depresiva
STS 12-3-1970	Psicopatía y psicosis depresiva	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). Trastorno bipolar (F. 31): antigua psicosis maníaco-depresiva
STS 2-6-1980	Toxicomanía y neurosis	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
STS 6-6-1981	Psicopatía y neurosis obsesivo-compulsiva	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42) o trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5)
STS 26-4-1982	Psicópata con una base neurótica de tipo obsesivo en materia sexual, afectado por alcoholismo crónico, personalidad insuficientemente estructurada, con rasgos sociopáticos y reacciones desproporcionadas con base en una neurosis sexual	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). El término "neurosis sexual" es inexistente
STS 19-12-1986	Psicopatía y personalidad neurótico-obsesiva-fóbica	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). Término "neurótico" desfasado. Sustituir por trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5). Trastorno de ansiedad por fobia
STS 3-7-1987	Personalidad insuficientemente estructurada, con rasgos sociopáticos y reacciones desproporcionadas	El término "sociopático" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2) o el trastorno disocial de la personalidad (F.60.2).

	con base en una neurosis sexual	El término "neurosis sexual" es inexistente
STS 11-7-1987	Psicopatía, trastorno neurótico, núcleos melancólicos y alteraciones electroencefálicas significativas	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
STS 26-9-1987	Trastornos neuróticos en la infancia y consumo de heroína	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
STS 14-2-1989	Drogodependencia, personalidad límite (border line) y neurosis carcelaria, el llamado síndrome de Ganser	Término "neurosis" desfasado. Sustituir por Síndrome de Ganser (F.44.80)
STS 14-2-1989	Neurosis y alcoholismo	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
STS 10-5-1990	Neuroticismo muy elevado y alcoholismo crónico	El término "neuroticismo" está desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
STS 16-7-1990	Oligofrénica y neurosis	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Término "oligofrenia" desfasado. Sustituir por discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79)
STS 26-3-1991	Neurosis depresiva, trastorno por angustia e ingesta de alcohol y heroína	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Angustia y ansiedad son utilizados en los Manuales como sinónimos (anxiety), por tanto, es redundante el diagnóstico. Especificar el tipo de trastorno de ansiedad (F. 41.1 y 41.2)
STS 22-12-1994	Grado alto de neuroticismo y ansiedad, así como una cierta dependencia a la droga	El término "neuroticismo" está desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
SAP Granada, 2-12-1996	Personalidad neurótica con crisis confuso-ansiosas	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
STS 8-4-1998	Coeficiente intelectual de 90, personalidad limitada o boderline tipo esquizoide, con tendencia a conducta "d´acting-out" desproporcionada a la situación real y TOC	Discapacidad intelectual o retraso mental. Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo límite (F.60.31). El término "d´acting-out" no se recoge en ningún Manual. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42)
STS 10-6-1999	Neurosis o trastorno mixto de la personalidad, con desviación sexual y consumo excesivo de alcohol y drogas	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece.
STS 4-2-2000	Psicopatía y TOC sobre la personalidad obsesivo-anancástica unido a depresión mayor	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). Trastorno anancástico de la personalidad (F.60.5): incluye la antigua neurosis anacástica Trastorno de depresión mayor: especificar episodio único o recurrente
SAP Madrid, sec. 1ª,	Neurosis esquizoide con rasgos paranoicos, significa-	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece

29-5-2000	bles a través del síndrome ansioso-depresivo, de tristeza, de introversión	
SAP Madrid, sec.16ª, 23-11-2001	Neurosis histérica y consumo de drogas	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. El término "histeria" se ha sustituido por "disociativo"
SAP Asturias, 23-1-2002	Trastorno obsesivo-compulsivo, alteración entre la neurosis y la psicosis, con pensamientos parásitos.	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42) o trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5)
SAP Madrid, 6-2-2002	Trastorno de angustia, agorafobia y trastornos de la personalidad con predominio de rasgos neuróticos desde hacía 18 años. Además, en el momento de los hechos, trastorno psicótico agudo y transitorio con reacción paranoide	El término "angustia" ha de sustituirse por "ansiedad". Trastorno de ansiedad con agorafobia (F.40.00). Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Trastorno de personalidad paranoide (F.60.0)
SAP A Coruña, 27-3-2002	Neurosis obsesivo compulsiva con trastorno paranoide e ingesta de alcohol;	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42). Esquizofrenia paranoide (F.20.0)
SAP Valencia, 20-6-2002	Sociopatía y estado depresivo	El término "sociopatía" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2) o el trastorno disocial de la personalidad (F.60.2). Necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia: especificar la remisión y los episodios (F.34.1)
SAP Córdoba, 29-7-2002	Trastorno ansioso depresivo crónico con agorafobia y episodios de angustia	El término "angustia" ha de sustituirse por "ansiedad". Trastorno adaptativo ansioso-depresivo (F.41.2). Trastorno de ansiedad con agorafobia (F.40.00)
STS 13-9-2002	Grave neurosis obsesivo-compulsiva y paranoia	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. TOC: especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42) o trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F.60.5). Trastorno de personalidad paranoide (F.60.0).
ATS 20-3-2003	Déficit intelectual límite del acusado con cociente intelectual de 68 puntos, habiendo padecido epilepsia y episodios de abuso de alcohol, dificultad en el control de los impulsos, posible neurosis y enfermedad neurológica, así como trastorno de la personalidad	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
SAP Toledo, 14-11-2003	Inteligencia límite rayando la subnormalidad y trastorno histriónico de la personali-	El término "inteligencia límite" no aparece en ningún Manual. Habría que especificar el tipo de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79).

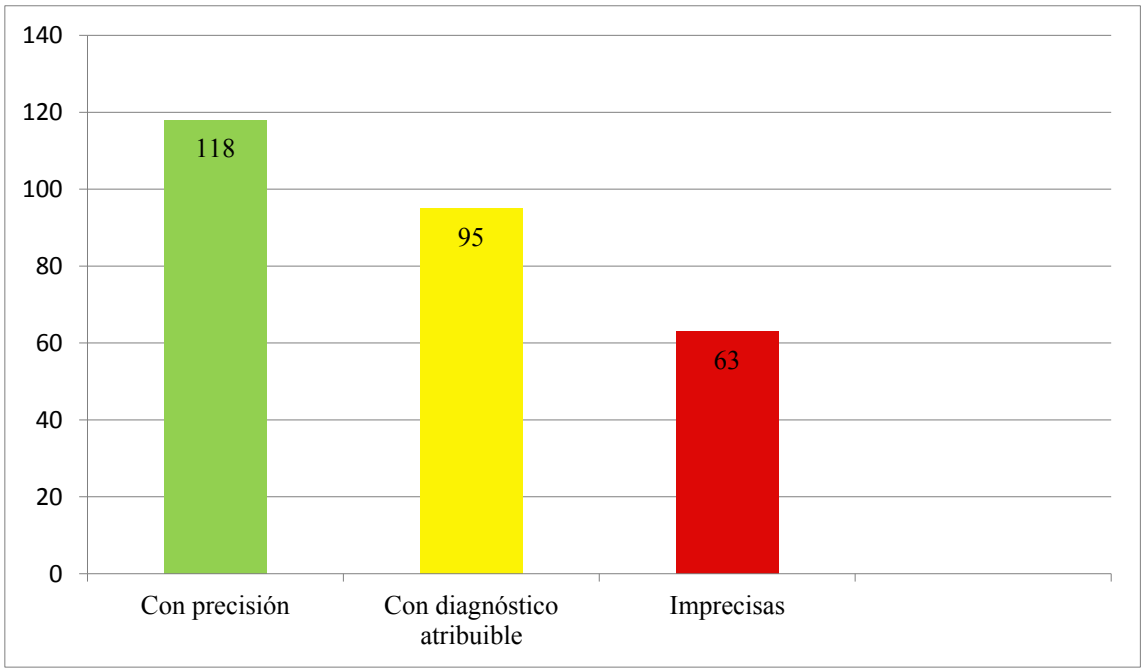
	dad (impulsividad)	El término "subnormalidad" está desfasado también. Trastorno de la personalidad histriónica (F.60.4)
SAP Madrid, 3-2-2004	Esquizofrenia paranoide y trastorno de ansiedad (estrés agudo)	Esquizofrenia paranoide (F.20.0). O bien se trata de trastorno de ansiedad, que habría que especificar qué tipo o bien, trastorno por estrés agudo (F.43.0)
SAP Pontevedra, 7-5-2004	Trastorno delirante, retraso mental leve con trastornos de conducta, trastorno del control de los impulsos y psicopatía	Especificar qué tipo de trastorno delirante es y si tienen contenido extravagante (F.22). Especificar el tipo de control de los impulsos. El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2)
SAP de Sevilla, 11-3-2005	Rasgos obsesivos e inteligencia límite, gran impulsividad e inestabilidad con deterioro de la personalidad	El término "inteligencia límite" no aparece en ningún Manual. Habría que especificar el tipo de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79)
SAP Cádiz, 30-5-2005	Síntomas psicóticos tales como ideas delirantes y de perjuicio, agitación psicomotriz, impulsividad, falta de control de impulsos, angustia y ansiedad	Angustia y ansiedad son utilizados en los Manuales como sinónimos (anxiety), por tanto, es redundante el diagnóstico
SAP A Coruña, 28-6-2005	Trastorno depresivo con síntomas psicóticos y ligera oligofrenia o retraso mental	Trastorno de depresión mayor con características psicóticas: especificar si es episodio único (F.32.2) o recurrente (F.33.3). Término "oligofrenia" desfasado. Sustituir por discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79)
SAP Ávila, 8-9-2005	Personalidad que transita entre la psicosis y la neurosis	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Es necesario indicar qué tipo de trastorno psicótico se padece (F. 20-F.29)
STS 31-10-2006	Trastorno mixto de la personalidad, con rasgos predominantes psicopáticos y paranoides, así como consumo perjudicial por múltiples drogas fundamentalmente alcohol, cocaína y cannabis	El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2). Trastorno de la personalidad paranoide (F.60.0)
SAP Alicante, sec. 3ª, 13-3-2007	Alcoholismo y neurosis depresiva	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. En este caso, trastorno depresivo, especificar: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia: especificar la remisión y los episodios (F.34.1)
SAP Madrid, 25-6-2007	Trastorno de conducta y de ansiedad, psicopatía y drogadicción	Trastorno de conducta: especificar el tipo de inicio, si tiene emociones prosociales limitadas y la gravedad actual (F.91.1,91.2,91.9). Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. El término "psicópata/psicopatia" no se recoge en ningún Manual. Lo más parecido en cuanto a sintomatología es el trastorno de personalidad antisocial (F.60.2) Especificar el tipo de trastorno relacionado con sustancias y la gravedad actual del mismo
STS 5-10-2007	Trastorno de ansiedad -	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la

	modalidad de neurosis, que se caracteriza por sensación inminente de ir a morir, con pérdida de control y síntomas vegetativos, como dificultad respiratoria, sudoración y opresión precordial. Además, gran ingesta de alcohol	sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Especificar el tipo de trastorno de ansiedad
SAP Valladolid, 22-1-2008	Trastorno disociativo, psicosis carcelaria y de inteligencia límite	Necesario indicar el tipo de trastorno disociativo: T. de identidad disociativa (F.44.81), Amnesia disociativa (F.44.0), especificando si hay fuga disociativa, T. de despersonalización (F.48.1). El término "psicosis carcelaria" no lo recoge ningún manual. El término "inteligencia límite" no aparece en ningún manual. Habría que especificar el tipo de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79)
SAP Sevilla, 7-5-2008	Personalidad al borde de un trastorno neurótico y psicótico que se evidenciaría en un futuro inminente	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece.
SAP Madrid, 5-12-2008	Trastorno de impulsividad con crisis de agresividad y abuso de sustancias	No existe ningún trastorno de impulsividad. Lo más pareceido sería: Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad de tipo impulsivo (F.60.30). Especificar el tipo de trastorno relacionado con sustancias y la gravedad actual del mismo
SAP Madrid, 9-12-2008	Adicción a sustancias estupefacientes, conducta compulsiva, crisis depresivas e ideas de suicidio	Especificar el tipo de trastorno relacionado con sustancias y la gravedad actual del mismo. No se especifica si es un trastorno de conducta o si está más referido a algún trastorno obsesivo-compulsivo. No existe trastorno de crisis depresivas como tal. Por tanto, es necesario indicar el tipo de trastorno depresivo: T. de desregulación disruptiva del ánimo (F.34.8), T. de depresión mayor (especificar si es episodio único o recurrente), Distimia: especificar la remisión y los episodios (F.34.1)
SAP Zaragoza, 27-1-2009	Trastorno neurótico e interpretación alterada de la realidad con componente elevado de rumiación excesiva e ideas paranoides de perjuicio relativas a su relación vecinal	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Parece que en lo demás se asemeja a algún trastorno obsesivo-compulsivo. Habría que especificar el tipo.
STS 10-3-2009	Trastornos neuróticos y del humor	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
SAP Cantabria, sec. 1ª, 7-7-2009	Trastorno disocial de la personalidad, inteligencia límite y paidofilia, personalidad con rasgos neuróticos y de conducta psicopática	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
SAP Tarragona, 9-12-2009	Trastorno de la personalidad antisocial, trastorno adaptativo idiopático y consumo excesivo de alcohol	El término "idiopático" no lo recoge ningún manual
SAP Madrid,	Trastorno del control de los	Especificar el tipo de trastorno del control de los impulsos.

22-1-2010	impulsos e inteligencia límite con conductas agresivas	El término "inteligencia límite" no aparece en ningún Manual. Habría que especificar el tipo de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79)
SAP A Coruña, 26-2-2010	Trastorno paranoide-disocial y trastorno adaptativo ansioso-depresivo	O es trastorno paranoide (F.60.0) o es trastorno disocial de la personalidad (F.60.2). Ambos se encuentran en los trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto en la CIE-10. Aparte, trastorno adaptativo ansioso-depresivo (F.41.2)
SAP Ciudad Real, 6-7-2010	Trastorno neurótico y trastorno histriónico de la personalidad	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece.
SAP A Coruña, 30-11-2010	Trastorno psiquiátrico, caracterizado por ansiedad, depresión y rasgos de enfermedad paranoica	Son diferentes trastornos, no pueden encuadrarse todos en un mismo "trastorno psiquiátrico", puesto que tanto se refiere a ansiedad, como a depresión, como a psicosis
SAP Asturias, 25-1-2011	Esquizofrenia, neurosis y psicosis, y personalidad con rasgos de inestabilidad emocional	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. La esquizofrenia está dentro de los trastornos psicóticos, por lo que no pueden aparecer como dos categorías diferentes (F.20).
SAP Madrid, 28-4-2011	Trastorno por angustia y trastorno de personalidad inestable tipo ansioso-depresivo	Angustia y ansiedad son utilizados en los Manuales como sinónimos (anxiety), por tanto, es redundante el diagnóstico. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F.60.3). No existe el tipo ansioso-depresivo aparejado a esta categoría
STS 22-6-2011	Trastorno de la personalidad y trastorno adaptativo de tipo impulsivo-agresivo	Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C). No existe el "trastorno adaptativo de tipo impulsivo-agresivo". O bien se trata de un trastorno adaptativo, que habría que especificar cuál es o bien, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F.60.30)
SAP Santa Cruz de Tenerife, sec. 2ª, 15-7-2011	Trastorno adaptativo secundario a cuadro ansioso depresivo descompensado. Rasgos neuróticos por un posible trastorno de la personalidad no clasificado.	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece
SAP Valladolid, 12-12-2011	Trastorno disociativo, de inteligencia límite y de abuso de tóxicos y neurosis carcelaria	Término "neurosis" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Especificar el tipo de trastorno disociativo: T. de identidad disociativa (F.44.81), Amnesia disociativa (300.12 y F.44.0), especificando si hay fuga disociativa, T. de despersonalización (300.6 y F.48.1). El término "neurosis carcelaria" no se recoge en ningún Manual
STSJ País Vasco, 18-10-2012	Trastorno neurótico (delirio celotípico) y consumo de alcohol	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. Trastorno delirante celotípico (297.1 y F.22)
STS 22-5-2014	Trastorno neurótico y debilidad mental, con coeficiente intelectual del 66%	Término "neurótico" desfasado. Especificar en base a la sintomatología el tipo de trastorno que se padece. El término "debilidad mental" no se recoge en ningún Ma-

		nual. Habría que especificar el tipo de discapacidad intelectual o retraso mental (F.70,71,72,73,88,79)
SAP Madrid, 26-5-2014	Trastorno de ansiedad, trastorno anancástico (TOC) y consumo perjudicial de alcohol, cannabis y cocaína	Especificar el tipo de trastorno de ansiedad. Trastorno anancástico de la personalidad (F.60.5) que nada tiene que ver con el TOC. Si existe TOC también, especificar la introspección y si está relacionado con tics (F.42). Si existe trastorno relacionado con sustancias, especificar cuál es y la gravedad actual del mismo
SAP Zaragoza, 26-9-2014	Trastorno de personalidad, trastorno del estado de ánimo y trastorno de ansiedad que agravaron un proceso celotípico	No existe trastorno del estado de ánimo, en todo caso, trastornos del humor -afectvos- (F.30-39). Especificar el tipo de trastorno de la personalidad (Grupo A,B,C) Trastorno delirante celotípico (F.22)
SAP Lleida, 13-10-2015	Trastorno paranoide, politoxicomanía y neurosis obsesiva	Teniendo en cuenta que el término "neurosis" ya está descatalogado, este diagnóstico resulta del todo incorrecto. Suprimir el término neurosis y atribuir un diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo, especificando qué tipo: con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes. Además, especificar si está relacionado con tics.

Figura 1: Resoluciones según la precisión de la terminología empleada y la correspondencia con los diagnósticos de los manuales internacionales



ANEXO IV

MEDIDAS DE SEGURIDAD DECRETADAS PARA TRASTORNOS ASOACIADOS:

La medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico ha sido aplicada en casos donde los diagnósticos eran los siguientes: alcoholismo de timo Gamma de notable intensidad unido a personalidad border-line neurótica-psicótica[394], esquizofrenia paranoica y trastorno fóbico[395], trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo y trastorno psicótico[396], trastorno bipolar y TOC[397], delirio paranoide secundario y depresión[398], trastorno de ansiedad y coeficiente intelectual del 55 al 60%[399], trastorno límite de personalidad, capacidad intelectual límite, escaso control de los impulsos, baja tolerancia a las frustraciones y dependencia a opiáceos[400], trastorno de la personalidad de tipo evitación y dependencia (distimia, fobia específica y trastorno del control de los impulsos)[401], esquizofrenia y trastorno del control de los impulsos[402], [403], esquizofrenia paranoide y trastorno de ansiedad (estrés agudo)[404], trastorno de personalidad con episodios disfóricos, irritabilidad y notable impulsividad. Frecuentes también los episodios paranoides y síntomas disociativos graves, trastorno de ansiedad inespecificado, trastorno conversivo, oligofrenia leve y trastorno del control de los impulsos[405], retraso mental, epilepsia postraumática y trastorno adaptativo con alteración de la conducta[406], retraso mental con trastorno de conducta y alteración del control de los impulsos[407], trastorno disocial de personalidad y problemas adaptativos del acusado, relacionados tanto con su déficit intelectual e inmadurez emocional, como con los acontecimientos vitales vividos por el mismo desde su infancia, con imposibilidad de controlar sus impulsos[408], trastorno disociativo, de psicosis carcelaria y de inteligencia límite[409], trastorno límite de la personalidad, trastorno del control de los impulsos y retraso mental ligero[410], trastorno de impulsividad con crisis de agresividad y abuso de sustancias[411], trastorno

---

[394] STS de 17 de abril de 2002 (RJ 2002/4268/EDJ 2002/10530).
[395] SAP Barcelona, de 23 de octubre de 2013 (EDJ 2013/267257).
[396] SAP Valladolid, de 3 de septiembre de 1999 (EDJ 1999/28016); SAP Murcia, de 11 de febrero de 2000 (EDJ 2000/6008); SAP de Barcelona, de 11 de febrero de 2004 (EDJ 2004/9605); SAP Guipúzcoa, de 7 de marzo de 2011 (EDJ 2011/395394); SAP Badajoz, de 15 de febrero de 2013 (EDJ 2013/29878); SAP Barcelona, de 19 de octubre de 2012 (EDJ 2012/245757).
[397] SAP Asturias, de 27 de septiembre de 2011 (EDJ 2011/286082).
[398] SAP Granada, de 8 de julio de 1996 (EDJ 1996/13148).
[399] SAP Madrid, de 24 de enero de 2000 (EDJ 2000/4471).
[400] SAP Sevilla, de 19 de diciembre de 2002 (EDJ 2002/83285).
[401] SAP Teruel, de 10 de febrero de 2003 (EDJ 2003/8182).
[402] SAP Valladolid, de 2 de mayo de 2003 (EDJ 2003/57824).
[403] SAP La Rioja, de 15 de marzo de 2002 (EDJ 2002/20528).
[404] SAP Madrid, de 3 de febrero de 2004 (EDJ 2004/105103).
[405] SAP Tarragona, de 1 de abril de 2005 (EDJ 2005/60959).
[406] SAP Madrid, de 25 de abril de 2006 (EDJ 2006/92118).
[407] SAP Murcia, de 2 de febrero de 2006 (EDJ 2006/111533);
SAP Madrid, de 22 de enero de 2010 (EDJ 2010/23511).
[408] SAP La Rioja, de 7 de mayo de 2007 (EDJ 2007/139943).
[409] SAP Valladolid, de 22 de enero de 2008 (EDJ 2008/16313).
[410] SAP Barcelona, de 3 de octubre de 2007 (EDJ 2007/246346).
[411] SAP de Madrid, de 5 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/310587).
Se aprecia atenuante analógica muy cualificada.

de la afectividad por trastorno adaptativo y dependencia de sustancias psicoactivas (minusvalía psíquica del 65% reconocida)[412], trastorno psicótico, trastorno ansioso-depresivo y dependencia del alcohol[413].

En relación a la medida de seguridad de tratamiento ambulatorio o sumisión a tratamiento externo en centro médico adecuado a su enfermedad en caso de trastornos neuróticos, se han encontrado las siguientes resoluciones: eximente completa por trastorno paranoide, síndrome depresivo y abuso de alcohol[414], eximente completa por trastorno límite de personalidad con características esquizotípicas y cuadros intensos de ansiedad generalizada, sin control de los impulsos[415], eximente incompleta por trastorno límite de la personalidad, dependencia del alcohol y estado depresivo, con comportamiento impulsivo[416], eximente completa por trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta y en el momento de los hechos, esquizofrenia[417], eximente completa por trastorno psicótico-esquizofrénico con componentes depresivos que anulaba por completo sus facultades[418], eximente incompleta por trastorno bipolar y de control de los impulsos[419], eximente incompleta por trastorno de ansiedad generalizada, trastorno psicótico y abuso de alcohol, con sumisión a tratamiento externo en Centro de Drogodependencia[420], eximente incompleta por síntomas psicóticos tales como ideas delirantes y de perjuicio, agitación psicomotriz, impulsividad, falta de control de impulsos, angustia y ansiedad[421], eximente completa por trastorno de ansiedad generalizada y esquizofrenia paranoide en el momento de ejecución de los hechos[422], eximente completa por esquizofrenia y TOC[423], eximente completa por trastorno de personalidad distímica[424], eximente incompleta por trastorno depresivo con síntomas psicóticos consistentes en un delirio de persecución[425], eximente incompleta por trastorno límite de la personalidad, dependencia del alcohol y estado depresivo, con comportamiento impulsivo[426], eximente completa por adicción a sustancias estupefacientes, conducta compulsiva, crisis depresivas e ideas de suicidio[427], eximente incompleta por esquizofrenia paranoide y

[412] SAP Castellón, de 27 de marzo de 2009 (EDJ 2009/93887).
[413] SAP Madrid, de 19 de noviembre de 2009 (EDJ 2009/377795).
[414] SAP Guadalajara, de 7 de enero de 2002 (EDJ 2002/5969).
[415] SAP Valladolid, de 15 de mayo de 2002 (EDJ 2002/31283).
[416] SAP Madrid, de 10 de marzo de 2008 (EDJ 2008/53038).
[417] SAP Castellón, de 15 de mayo de 2002 (EDJ 2002/101693).
[418] SAP Valladolid, de 31 de julio de 2002 (EDJ 2002/46291).
[419] SAP Lleida, de 4 de marzo de 2003 (2003/47316).
[420] SAP Cuenca, de 21 de octubre de 2004 (EDJ 2004/160759).
[421] SAP Cádiz, de 30 de mayo de 2005 (EDJ 2005/332566).
[422] SAP Almería, de 15 de junio de 2006 (EDJ 2006/338698).
[423] SAP Asturias, de 9 de marzo de 2006 (EDJ 2006/35838).
[424] SAP Lugo, de 23 de septiembre de 2007 (EDJ 2007/201134).
[425] SAP Madrid, de 19 de diciembre de 2007 (EDJ 2007/319523).
[426] SAP Madrid, de 10 de marzo de 2008 (EDJ 2008/53038).
[427] SAP Madrid, de 9 de diciembre de 2008 (EDJ 2008/326932).

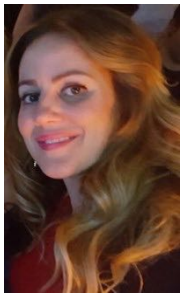
TOC con predominio de pensamientos obsesivos[428], eximente incompleta por retraso mental y trastorno del control de los impulsos[429], eximente incompleta por trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y el comportamiento de tipo crónico, dependencia de alcohol y benzodiazepinas y opiáceos y probable trastorno de la personalidad no especificado con rasgo dependiente[430], eximente completa por ansiedad, depresión y rasgos de enfermedad paranoica[431], eximente completa por trastorno depresivo con síntomas psicóticos y tendencia a la autolesión[432], eximente incompleta por trastorno de la conducta asociados a ingesta de psicofármacos, trastorno de inestabilidad emocional y trastorno del control de los impulsos, además, ingesta de sustancias psicoactivas[433].

Recogemos el caso de la *SAP de Asturias, de 30 de marzo de 2000 (EDJ 2000/16563)* donde en un caso de trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo y esquizofrenia paranoide, se establece en al resolución que la medida de seguridad será la que se determine en ejecución de sentencia, sin concretar la misma. Igual que sucede en la SAP de Zaragoza, de 18 de febrero de 2010 (EDJ 2010/231245), donde se aprecia eximente incompleta por trastorno paranoide, TOC y abuso de alcohol. La medida será decretada en ejecución de sentencia.

En cuanto a la medida de privación del derecho a la tenencia y porte de armas, hallamos las siguientes resoluciones: eximente incompleta por padecer el sujeto trastorno de la conducta con inestabilidad emocional, reacciones exageradas e impulsividad y una capacidad intelectual límite[434], atenuante analógica por padecer trastorno de la personalidad con rasgos paranoides y trastorno del control de los impulsos[435], atenuante analógica por trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos que alteraba su capacidad de control de impulsos, afectando a su capacidad volitiva[436].

[428] SAP Madrid, de 11 de marzo de 2009 (EDJ 2009/69386).
[429] SAP Málaga, de 12 de mayo de 2009 (EDJ 2009/353567).
[430] SAP Guipúzcoa, de 6 de julio de 2009 (EDJ 2009/301129).
[431] SAP A Coruña, de 30 de noviembre de 2010 (EDJ 2010/315687).
[432] STS de 9 de junio de 2003 (EDJ 2003/35185).
[433] STS de 22 de octubre de 2003 (EDJ 2003/146633).
[434] SAP Valladolid, de 12 de noviembre de 2004 (EDJ 2004/179888).
[435] SAP Barcelona, de 7 de mayo de 2014 (EDJ 2014/188104).
[436] SAP Albacete, de 7 de julio de 2014 (EDJ 2014/140806).

CURRICULUM VITAE DE LA AUTORA



SALUD DE AGUILAR GUALDA
Granada, 02/10/1977
Letrada en ejercicio – Derecho Penal, Civil, Bancario y Urbanístico
Colegiada 5600 del ICAGR
Despacho Gualda Abogados
Plz. Mariana Pineda, 1 - 1º - Of. 1 – Granada. Tlf. 667396649
E-mails: 5600@icagr.es/ gualdaabogados@hotmail.com
www.gualda-abogados.com

FORMACIÓN

- Licenciada en Derecho: Universidad de Granada.
- Curso de Doctorado en Derecho Penal y Política Criminal. UGR.
- Suficiencia investigadora. Trabajo: Tratamiento penal de los trastornos neuróticos. Dir.: Dra. Mª José Jiménez Díaz. Departamento de Derecho Penal. UGR.
- Master en Urbanismo (300 horas teóricas y 320 horas prácticas): Centro de Estudios Jurídicos. Granada.
- Curso Superior de Perito Judicial e Inmobiliario, homologado por APETI: Centro de Estudios Empresariales ESINE.
- Experto en Derecho de la Seguridad Social. Instituto Andaluz de Administración Pública – Junta de Andalucía (700 horas).
- Estudios pre-universitarios: Colegio Monaita (Granada).
- **Idiomas**: Inglés (Nivel avanzado); Italiano (Nivel avanzado).

ACTIVIDAD PROFESIONAL

2010 – continua. Letrada ejerciente en despacho propio: GUALDA ABOGADOS.
>150 asuntos como responsable exclusiva.
2010 – continua. Turno de Oficio del ICAGR.
>120 asuntos como responsable.
2013-continua. Tutora externa de Practicum (5 x 14 créditos). Facultad de Derecho, Universidad de Granada.
2008-2010. Letrada colaboradora. Despacho Dr. L.M. Fernández Fernández.
>100 como co-responsable (Tlf de contacto y referencias en 958207353).
2007-2008. Responsable Departamento Jurídico y de Expansión Urbanística. Promotora Inmobiliaria UNI-ON, Grupo Unicasa, Málaga. (Referencias en 952040569. Director de área: D. Jose Carlos Morilla Arce).
Funciones: gestión jurídica de la compra de suelo.
2006-2007. Asesora Urbanista, Promotora Inmobiliaria COMAREX.
Funciones: elaboración y tramitación urbanística de las promociones (Tlf de contacto y referencias en 958221410. Responsables de área: D. Juan Barcos Jiménez y Dª. Ana Ferrer Leal).
2005-2006. Letrada ejerciente en VÁZQUEZ CONSULTING ABOGADOS (Tlf de contacto y referencias en 958452362. Gerente: D. José Vázquez Ortega).
2003-2005. Pasantía en ZURITA ABOGADOS Y ASOCIADOS (Tlfs de contacto y referencias en: 958221868/224375. Gerentes: D. Sergio Jiménez Aguayo, D. Francisco Zurita López y Dª. Maria del Mar Santisteban Cano).
2004-2005. Letrada colaboradora externas con el Letrado D. Víctor Sanchez (Letrado interno de la mercantil Arquigest 2003, S.L., en relación a numerosas promociones inmobiliarias en Marbella: Vista Golf, Lagos de Santa María, … (Tlf. de contacto y referencias en 659102607).

PREMIOS

2ª Premio Melchor Almagro Díaz 2014 (Universidad de Granada): "La imputabilidad. Especial mención al art. 20.1 CP en relación con los trastornos neuróticos".

Premio Académico Excmo. Sr. D. José Luís Pérez-Serrabona y Sanz 2014 (Real Academia de Jurisprudencia y Legislación de Granada): "Tratamiento penal y jurisprudencial de los trastornos del control de los impulsos".
Premio Promoder- Facultad de Derecho de Granada al mejor artículo doctrinal o trabajo de investigación sobre materias jurídicas 2015-2016 por el trabajo: "Análisis constitucional y propuestas de mejora para la protección de los derechos fundamentales".

PUBLICACIONES

Salud de Aguilar Gualda. Tratamiento doctrinal y jurisprudencial de los trastornos del control de los impulsos con repercusión penal. Texto adaptado al DSM-5 y L.O. 1/2015, de 30 de marzo. **Revista Aranzadi de Derecho y Proceso Penal**. 43: 225-243 (2016).
Salud de Aguilar Gualda. Las participaciones preferentes. ¿Estafa bancaria?. Revista jurídica Testigo de Cargo. 29: 69-70 (2012).
Salud de Aguilar Gualda. Principales reformas introducidas por el Anteproyecto de Reforma del Código Penal del 95. Revista jurídica Testigo de Cargo. 30: 50-54 (2013).
En prensa: Salud de Aguilar Gualda. La pericial psiquiátrica en el procedimiento penal. Revista Anales del Derecho, Universidad de Murcia (2017).
En prensa: Salud de Aguilar Gualda. Las anomalías o alteraciones psíquicas. Especial atención al art. 20.1 CP", Revista Quadernos de Criminología (2017).
En prensa: de Aguilar Gualda, S., Cerezo Redondo, P., García Corral, A. Análisis constitucional y propuestas de mejora para la protección de los derechos fundamentales. Revista Aletheia – Cuadernos Críticos del Derecho (2017).
Trabajo de suficiencia investigadora del curso de Doctorado: Salud de Aguilar Gualda. Tratamiento penal de los trastornos neuróticos (2014).
Tesis doctoral pendiente de leer: Salud de Aguilar Gualda. Neurosis, trastornos neuróticos y del control de los impulsos: tratamiento jurídico penal (2017).

OTRAS ACREDITACIONES

Relacionadas con Derecho:
1998: II Simposium nacional médico Jurídico (30h) – UGR.
1999: II Curso Jornadas universitarias sobre Derechos Humano (13h) – UGR.
2000: Curso Seminario de Derecho Penal y Medicina (15h) – UGR.
2005: Curso presencial de Derecho de Extranjería (20h) – Ilustre Colegio de Abogados de Granada.
2009: Curso de Derecho Concursal y la nueva normativa (15h)– UGR e Ilustre Colegio de Abogados de Granada.
2010: Curso de Reforma del Código Penal (20h) – UGR, Ilustre Colegio de Abogados, Ministerio de Ciencia e Innovación y Asociación de Estudios Penales.
2011: Jornadas sobre reformas penitenciarias y ejecución de las penas no privativas de libertad tras la entrada en vigor la Ley 5/10, Ilustre Colegio de Abogados de Granada (10h).
2012: Ponente en el "Seminario sobre envejecimiento activo y sistemas de protección social", (5h)- UGR.
2012: Curso de formación financiera práctica para abogados (4h) - Ilustre Colegio de Abogados de Granada.
2015: Curso de responsabilidad penal de la persona jurídica: cumplimiento normativo (2h) – Ilustre Colegio de Abogados de Granada
2015: Curso de actualización sobre la reforma del Código Penal (10h) – UGR, Ilustre Colegio de Abogados de Granada y Fundación de estudios de prácticas jurídicas de Granada.
2017: Participation in Process "The Thesis in 3 minutes"- Escuela Internacional de Posgrado y Grupo Coimbra.

Relacionadas con Urbanismo:
2007: Curso de Estudios de viabilidad de proyectos urbanísticos (50h) – Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA).
2007: Curso de Patrimonio cultural y Planeamiento urbanístico", de 50h – CEA.
2007: Curso de la nueva ley de valoraciones y tasaciones urbanísticas", de 14h – Centro de Estudios Jurídicos de Granada.

Relacionadas con formación general:
1998: Seminario de inserción laboral y creación de empresas – UGR.
2000: Curso práctico sobre creación y gestión de empresas (15h) – UGR.
2001: Curso de Ofimática (70h) – Centros de Estudios y Formación ARA – Granada.
2001: Curso de contabilidad general (30h) – UGR.
2007: Curso Interpretación y cumplimentación de nóminas (45h) – CEA.

Relacionadas con idiomas:
1992: Curso de inglés en Brighton (Inglaterra) (100h).
2000: Curso II Seminario de inglés jurídico (15h) – UGR.
2000: Curso de inglés (100h) – Dunendin College, Granada.
2001: Curso de inglés avanzado – conversación y gramática (300h) – KIOSK SCHOOL – Toronto (Canadá).
2004: Cuso presencial de cultura y lengua italiana, (50h) – Universidad de Turín (Italia).
2004: Curso presencial de italiano (40h). Calificación de sobresaliente (9.8) – Centro de Lenguas Modernas – UGR.
2005: Curso presencial de italiano (40h). Calificación de notable (8.8.) – Centro de Lenguas Modernas – UGR.