

**LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS
Y LAS PSICOPATÍAS:
Psiquiatría y Ley**

Documentos Córdoba 2015

**Antonio Medina
María José Moreno
Rafael Lillo
Julio Antonio Guija
(Editores)**



Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

**LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS
Y LAS PSICOPATÍAS:**

Psiquiatría y Ley

Antonio Medina, M^a José Moreno, Rafael Lillo y Julio Antonio Guija

(Editores)

XI Jornadas Jurídico-Psiquiátricas.

Córdoba, 2 y 3 de octubre de 2015

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Madrid, 2017

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

© Del prólogo: Los editores

© De la obra: Los autores

© De la edición:

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
C/ Arturo Soria, nº 311, 1º B
28033 Madrid (España)
Tel. 91 383 41 45
feppsm@feppsm.org
www.feppsm.org

Editado por psiquiatria.com
C/ Valldargent, nº 27, bajo
07013 Palma de Mallorca
Balears, España.
e-mail: info@psiquiatria.com

Primera edición 2017
Nº de páginas: 167
ISBN: 978-84-941401-9-8

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización correspondiente escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares.

Sumario

Relación de participantes

Prólogo

Ponencias:

1. Actualización conceptual de los Trastornos del control de los impulsos. María Dolores Franco Fernández.
2. Implicaciones prácticas de la nueva ubicación nosotóxica de los Trastornos de personalidad antisocial en el DSM-5. Blanca Morera Pérez.
3. Análisis forense de los Trastornos del control de los impulsos. Julio Antonio Guija Villa.
4. Implicaciones jurídicas en los diagnósticos forenses de Trastornos del control de los impulsos. Carlos Lledó González.
5. Perspectiva jurisprudencial del Trastorno de control de los impulsos. Miguel Colmenero Menéndez de Lurca.
6. Tratamiento jurídico de las conductas impulsivas en el menor delincuente. Jorge Jiménez Martín.

Conclusiones

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

1. Alcalá Pérez, Visitación. Profesora Contratada Doctora en Psiquiatría. Sevilla.
2. Anglada, Enrique. Magistrado. Tribunal Superior de Justicia. Barcelona.
3. Arcos Pérez, Luis de. Magistrado Vigilancia Penitenciaria. Córdoba.
4. Arsuaga, José. Magistrado de la Audiencia. Santander.
5. Baca Baldomero, Enrique. Catedrático de Psiquiatría. Madrid.
6. Barrera Hernández, Guillermo. Letrado-Asesor Jurídico FEPSM. Madrid.
7. Bascarán, M^a Teresa. Profesora Asociada de Psiquiatría. Oviedo.
8. Berenguer Mellado, Alicia. Forense. IML. Cordoba.
9. Beltrán Aroca, Cristina. Profesora Asociada de Medicina Legal. Córdoba
10. Bernardo Arroyo, Miguel. Profesor Titular de Psiquiatría. Barcelona.
11. Blanco Picabia, Alfonso. Catedrático de Psiquiatría. Sevilla.
12. Bobes García, Julio. Catedrático de Psiquiatría. Oviedo.
13. Caballero Andaluz, Rafaela. Profesora Titular de Psiquiatría. Sevilla
14. Camacho Laraña, Manuel. Profesor Titular de Psiquiatría. Sevilla.
15. Cano Valero, Julia. Profesora Asociada de Psiquiatría. Cádiz.
16. Carmona, M^a de los Ángeles. Magistrada. Vocal CGPJ. Sevilla
17. Carrasco Perera, José Luis. Catedrático de Psiquiatría. Madrid.
18. Cervilla López, Jorge. Catedrático de Psiquiatría. Granada.
19. Colmenero Menéndez de Lúcar, Miguel. Magistrado del Tribunal Supremo. Madrid.
20. Conejero Olmedo, M^a del Mar. Profesora Asociada de Derecho. Córdoba.
21. Díaz Marsa, Marina. Profesora Asociada de Psiquiatría. Madrid.
22. Díez-Canseco, M^a Teresa. Psicóloga de los Juzgados de Familia. Córdoba.
23. Escudero Rubio, Víctor. Magistrado de la Audiencia. Córdoba.
24. Ezcurra, Jesús. Profesor Asociado de Psiquiatría. Vitoria.
25. Franco Fernández, M^a Dolores. Profesora Titular de Psiquiatría. Sevilla.
26. García-Portilla, M^a Paz. Catedrática de Psiquiatría. Oviedo.
27. Giner Jiménez, Lucas. Profesor Contratado Doctor en Psiquiatría. Sevilla.
28. Giner Ubago, José. Catedrático de Psiquiatría. Sevilla.
29. Gibert Rahola, Juan. Catedrático de Farmacología. Cádiz.
30. Girela López, Eloy. Profesor Titular de Medicina Legal. Córdoba.
31. González-Pinto Arrillaga, Ana. Profesora Titular de Psiquiatría. Vitoria.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

32. Guja Villa, Julio. Jefe del Servicio de Psiquiatría Forense del IML. Sevilla.
33. Gutiérrez Fraile, Miguel. Catedrático de Psiquiatría. Vitoria
34. Ibáñez Guerra, Elena. Catedrática de Personalidad. Valencia.
35. Jaén Moreno, M^a José. Psiquiatra. Córdoba.
36. Jiménez Martín, Jorge. Juez de Menores. Escuela Judicial. Barcelona.
37. Lillo Roldán, Rafael. Profesor Titular de Psiquiatría. Córdoba.
38. Lledo González, Carlos. Magistrado de la Audiencia. Sevilla.
39. Llera Suarez de Bárcena, Emilio. Fiscal. Consejero de Justicia y Gobernación de la Junta de Andalucía. Sevilla.
40. Magaña Calle, José M^a. Magistrado de la Audiencia. Córdoba.
41. Medina León, Antonio. Catedrático de Psiquiatría. Córdoba.
42. Mojarro Práxedes, M^a Dolores. Profesora Titular de Psiquiatría. Sevilla.
43. Monterde Ferrer, Francisco. Magistrado del Tribunal Supremo. Madrid.
44. Moreno Díaz, M^a José. Profesora Titular de Psiquiatría. Córdoba.
45. Morera Pérez, Blanca. Psiquiatra. San Sebastián.
46. Núñez Bolaños, María. Magistrada. Sevilla.
47. Oliveras Valenzuela, Angustias. Psiquiatra. Alicante.
48. Pijuan Canadell, Jose Maria. Magistrado de la Audiencia. Barcelona.
49. Roca Bennasar, Miguel. Profesor Titular Psiquiatría. Palma de Mallorca.
50. Sáez Rodríguez, José. Forense. Director IML. Córdoba
51. Saiz Ruiz, Jerónimo. Catedrático de Psiquiatría. Madrid.
52. Saiz Martínez, Pilar Alejandra. Profesora Titular de Psiquiatría. Oviedo.
53. Sanmartín Roche, Arturo. Profesor Titular Psiquiatría. Sevilla.
54. Saravia González, Ana. Magistrada. Córdoba.
55. Segura Tamajón, José Miguel. Médico Forense. IML. Córdoba.
56. Seoane Rey, Julio. Catedrático de Psicología Social. Valencia.

Prólogo

La hostilidad con que se miran recíproca y habitualmente los jueces penales y los peritos médicos, sobre todo los psiquiatras, tiene hondas raíces.

Pedro Dorado Montero (1905)

La undécima edición de los Encuentros Jurídico-Psiquiátricos de Córdoba estuvo dedicada a debatir sobre los Trastornos del control de los impulsos y su relación con las personalidades antisociales, dado el interés de ambas especialidades a la hora de evaluar su culpabilidad y peligrosidad. Los temas que se trataron pusieron de manifiesto, otra vez más, que la explicitación de los términos en cuanto a su esencia, formalidad y finalidad es del todo necesaria para evitar los malos usos en la praxis médico-forense y en la jurídica. Por otra parte, se constata, de nuevo, que juristas y psiquiatras están destinados a encontrarse en un espacio común de entendimiento conceptual.

A primera vista, la cita de Dorado Montero que antecede a este prólogo puede dar la impresión de parecer un contrasentido con los fines que desde hace doce años venimos persiguiendo con estas jornadas anuales, si no fuese porque esas palabras provienen de un libro que publicó en 1905 bajo el título “Los peritos médicos y la justicia criminal”, con el que intentó sentar las bases de un futuro entendimiento de juristas y psiquiatras, una vez que ambos hubiesen abandonado sus prejuicios. Dorado Montero fue una persona que dedicó la mejor y más productiva parte de su vida académica a la defensa del “correcionalismo penal”. Sus palabras deben ser entendidas desde el interés que este jurista tenía en defender que la pena no debía ser retributiva sino correctiva de la voluntad criminal, en base a un estudio psicológico y, también, de que el tratamiento del interno debía ser individual, sobre la base del estudio de su peligrosidad criminal.

Del mismo modo, en este libro, uno de sus autores, el magistrado Carlos Lledó, afirma en el comienzo de su capítulo: “en el permanente dialogo, nunca exento de tensiones, entre Psiquiatría y Derecho ocupa sin duda un lugar estelar la necesaria determinación de que las personas deban o no responder penalmente de sus actos, lo que tradicionalmente y desde las distintas ópticas se ha venido conectando con el libre albedrío, la capacidad de ser motivado por la norma o, en su formulación más clásica, la conservación de las básicas capacidades de entender y querer; esto es, conocer qué conductas son socialmente inaceptables y poder actuar conforme a esa comprensión”.

Los trastornos del control de los impulsos y las personalidades psicopáticas, ahora englobadas en la denominación de “antisociales”, plantean al psiquiatra y al jurista innumerables desasosiegos intelectuales e incertidumbres prácticas.

En este tipo de nosotaxias es donde se hace más explícita la esencia de un peritaje psiquiátrico, el análisis motivado de los mecanismos e intensidad de las distorsiones o anulaciones que puedan haber existido en las funciones psíquicas que intervienen en los fenómenos del *conocer* y del *querer* que son los que fundamentan el principio de culpabilidad.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Las personas que poseen estas patologías son las que ocasionan más dolor a la sociedad y provocan mayor número de víctimas. Por ello, el añadido de la peligrosidad postdelictual cobra un interés máximo. La sociedad siempre se ha preservado de sus miedos y de sus peligros. No es legítimo juzgar desde el presente lo acertado de sus condenas, pues como decía Foucault, "la organización que los hechos sociales han tenido en la historia es natural, porque se la han dado los mismos hombres". En cada momento de la historia de las sociedades, los límites de la anormalidad los marcan los hombres de ese tiempo concreto.

La impulsividad, la falta de empatía y de remordimiento son unos elementos semiológicos muy consistentes y persistentes en estas patologías, por lo que se convierten en indicadores muy fiables de que los que las poseen repetirán sus conductas dañinas para la sociedad y sus personas. Son individuos con potencial de peligrosidad social muy alto.

En la peligrosidad postdelictual reside la alarma social. La peligrosidad hace surgir lo que Ortega denominaba *el peligro que es el otro*; esto es, la sospecha de que su presencia entre nosotros no puede traer nada más que hechos malévolos y de que la tranquilidad no ha de venir nada más que de la segregación y/o del internamiento.

Las víctimas de estos delincuentes y las que temen llegar a serlo retroalimentan la alarma social ante este tipo de sujetos y nos sitúa ante el problema añadido de la victimización.

En los capítulos de este libro se da cumplida respuesta a estos dilemas y se pone de manifiesto una vez más la fertilidad de estos encuentros.

Los editores

Actualización conceptual de los trastornos del control de los impulsos

MARÍA DOLORES FRANCO FERNÁNDEZ

Cuando hablamos de impulsividad es necesario recordar que nos referimos a un fenómeno que puede (o no) ser patológico, pero que forma parte de nuestra naturaleza. Ser más o menos impulsivo es un rasgo de la personalidad normal y, en ocasiones, facilita una respuesta adaptativa. Los individuos normales pueden ser más o menos impulsivos. Ser “rápido en reflejos” puede sacar de un apuro a muchas personas en un momento determinado y, bajo ningún concepto, considerarse como una condición anómala o desviada.

Además, vivimos en una sociedad que potencia y premia la impulsividad. Permitir la expresión de lo “interior” prevalece en el entorno cultural en el que nos desarrollamos. Hay un alto reconocimiento social a ser espontáneo, a ser “auténtico”, términos y conceptos que se confunden con el actuar de forma irreflexiva, sin meditación ni consideración de las consecuencias, de lo que se dice o se hace. Nada más hay que mirar a nuestro entorno y ver cómo pequeños descontroles impulsivos están cada vez más presente en la vida cotidiana y son, no solo tolerados, sino reforzados por el medio. Véase el ejemplo de la inmediatez de comentarios y exabruptos en redes sociales o la exposición continua de la vida en los mismos, de la que somos partícipes y testigos.

Al margen de la impulsividad como elemento constituyente, en mayor o menor grado, de la personalidad normal o la facilitación de la misma en nuestro medio, hay una patología psiquiátrica y unos trastornos íntimamente vinculados a su presencia. Constituye uno de los campos más complejos e interesantes dentro de la Psiquiatría, sobre todo porque se les ha vinculado con comportamientos que tienen un alto impacto en la sociedad, como es el caso de la agresividad, las conductas violentas, los actos descontrolados o los consumos de alcohol o sustancias psicoactivas.

EMPEZAMOS CON LOS TÉRMINOS

Debemos comenzar con una cierta aclaración terminológica que nos permita delimitar adecuadamente a lo que nos estamos refiriendo

Si consultamos el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, impulso es el deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita y sin reflexionar. Porot (1971), en su diccionario de la Psiquiatría, añade que es un deseo imperioso, que surge bruscamente en algunos sujetos y los empuja a la comisión de ciertos actos infundados, a veces brutales o peligrosos.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

De esta última definición podemos colegir una de las características básicas del impulso, su necesidad de traducirse en una acción, en lo que se denomina acto impulsivo del que Dagonet, en 1870, decía que sería un acto irresistible, involuntario, que se imponen ellos mismos sobre la mente. El acto impulsivo, pues, sería una acción involuntaria, estereotipada y paroxística. Jaspers afirmaba que el acto impulsivo es una actividad que tiene lugar de forma rápida, directa, sin conflicto o toma de decisiones. La urgencia, la ausencia de motivación aparente, la carencia de reflexión son cualidades que definen el acto impulsivo.

El impulso, pues, poseería como características (Sharfetter, 1979) su naturaleza interna, vivenciada como tendencia o fuerza interior, el hecho de que esta tendencia es vivida por el sujeto como irresistible, incoercible, de presentación repentina, impremeditada, de manera irreflexiva y de consecuencias impredecible. El acto impulsivo, consecuencia del mismo, tiene un carácter de descarga y carece de finalidad, dirección y motivación.

La impulsividad sería la tendencia a responder de forma rápida, sin pensar ni reflexionar sobre las consecuencias o efectos de los actos (Murray, 1938). Se expresan en conductas que no se sustentan en un pensamiento, en la reflexión y Grayson y Tolman (1950) definen la impulsividad como aquellas conductas que aparecen sin inhibición, sin reflexión, sin la adecuada planificación, sin contemplar las consecuencias, con un sentido de inmediatez y espontaneidad.

La impulsividad no sería sino la predisposición hacia las reacciones, rápidas y no planificadas, a estímulos externos o internos, en la que hay una percepción disminuida de las consecuencias negativas de estas acciones, tanto para el individuo como para los demás (Moeller et al, 2001). Para estos autores en el concepto impulsividad habría que considerar los siguientes elementos:

- Disminución de la sensibilidad a las consecuencias negativas de la conducta.
- La presencia de reacciones rápidas ante estímulos, no planificadas, antes de que se complete el procesamiento de información.
- La falta de preocupación por las consecuencias a largo plazo.

De esta manera, las características de la impulsividad engloba aspectos como pueden ser el sentido de urgencia, de inmediatez de la respuestas (acto), la imposibilidad de diferir el acto o de aplazar la gratificación (Laar, Wunderlich, 1985). Se expresa como actos espontáneos, no planificados, que no están basados en la reflexión porque hay una incapacidad para la misma, para prever las consecuencias del mismo ya que no se valoran los riesgos ni las consecuencias. Es un estilo de respuesta que favorece la acción sobre la reflexión y la demora. Oas (1983) la considera como la tendencia persistente caracterizada por la ausencia de reflexión y de demora.

Aunque pudiera parecerlo, el constructo que subyace en la impulsividad no es único ni simple. Bajo el epígrafe impulsividad se está aludiendo a términos y conceptos muy íntimamente ligados como son la búsqueda de novedad y desinhibición. La búsqueda de novedad sería la predisposición a reaccionar con excitación a estímulos nuevos, a señales potenciales de gratificación o de mitigación del castigo, la búsqueda activa de posibles recompensas o de evitación del castigo. La desinhibición sería la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

incapacidad de restricción de una conducta (desinhibición rasgo) o centrarse en obtener una recompensa, a pesar del castigo (desinhibición estado).

El grupo de investigadores liderados por Barrat, uno de los más dedicados a este campo, asevera que la impulsividad es un constructo complejo, constituido por distintos componentes, uno cognitivo (no centrarse en la tarea que se tiene entre manos), otro motor (actuar según el momento, el paso a la acción) y un tercero de planificación (que sería la capacidad para planear, planificar y valorar las respuestas y opciones) (Patton, Stanford, Barrat, 1995).

Otras investigaciones, como las llevada a cabo por Whiteside y Lynam (2001), han recalcado que se trata de un constructo multifacético, que engloba aspectos íntimamente relacionados. Señalan cinco componentes, dos basados en emociones, dos basados en deficiencia de la responsabilidad y uno basado en la motivación. Así, los basados en las emociones serían la urgencia positiva (tendencia a actos temerarios cuando se experimentan afectos positivos y la urgencia negativa (tendencia a actuar de forma temeraria y súbita cuando se experimentan afectos negativos intensos). Los basados en fallos de la responsabilidad serían la falta de planificación (tendencia a actuar sin la misma) y la falta de perseverancia (que refleja el fallo para tolerar el aburrimiento o permanecer concentrado a pesar de la distracción). El último componente se vincula con la motivación y sería la búsqueda de novedad o tendencia a buscar fuera novedades a estímulos emocionales.

Aunque este modelo ha sido recientemente criticado, no lo ha sido por su concepción multifacética de la impulsividad sino que cuestiona que se trate de dimensiones independientes y señalan la dificultad para diferenciar entre sí los componentes basados en emociones y los basados en los fallos de la consciencia ([Berg et al.](#) 2015)

Por su parte, Kocka y Gagnon (2014) en una reciente revisión, consideran que bajo el término impulsividad subyacen conceptos estrechamente relacionados como son tendencias, que forman parte de la personalidad y que se expresan en conductas (como es la propia impulsividad y la búsqueda de sensaciones) y funciones ejecutivas, que se sitúan en el plano de los procesos cognitivos, como serían el déficit en la inhibición y el déficit en la regulación de la conducta.

En términos generales no parece existir dudas en lo aportado desde las primeras definiciones psicopatológicas: bajo la denominación de impulsividad se contempla un complejo constructo que se extiende a procesos emocionales, cognitivos y comportamentales.

La tendencia más actual es considerar la impulsividad como un neurocomportamiento que afecta a indicadores cognitivos, afectivos y comportamentales y que dificulta la autorregulación del sujeto, siendo la base común de los llamados trastornos externalizantes. Desde el punto de vista que nos interesa, la impulsividad perturba la toma de decisiones.

LAS BASES NEUROANATÓMICAS Y FUNCIONALES DE LA IMPULSIVIDAD

Clásicamente se había considerado la impulsividad como una conducta socialmente aprendida en el seno de la familia, en la que el niño aprendía a reaccionar de forma inmediata para obtener la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

gratificación deseada. Sin embargo, en el momento actual es el discurso biológico el que más fuerza parece tener para explicar la génesis de la impulsividad y de los actos impulsivos.

Las bases neuroanatómicas de la impulsividad empezaron a ser vislumbradas ya en la segunda mitad del siglo XIX, a raíz del caso de Phineas Gage. Era un capataz que trabajaba en la construcción del ferrocarril en EEUU y sufrió un terrible accidente en el que una barra de metal penetró por su mejilla, perforó la base del cráneo, atravesó la parte frontal del mismo y salió disparado a través de la parte superior de su cabeza. Sorprendentemente, no murió ni perdió sus capacidades cognitivas, pero se transformó su forma de ser y su comportamiento. De ser una persona concienzuda, responsable, atenta e interesada en los demás, pasó a ser impaciente, obstinado, caprichoso, vacilante, con escasa consideración hacia las personas, pueril, irreverente y obsceno. No era capaz de organizar su vida porque, aunque poseía la facultad de realizar planes, los abandonaba con gran facilidad. Hoy sabemos que Phineas no tenía su capacidad de memoria, orientación y otras funciones cognitivas destruidas sino las que denominamos como capacidades ejecutivas, que permiten a una persona planificar su conducta, fijarse objetivos, organizar y secuenciar los pasos necesarios para alcanzarlos, iniciar la conducta, anticipar posibles obstáculos y planificar como solventarlos, mantener la atención en una tarea o cambiarla a otro foco cuando la consecución del objetivo así lo exige, eliminar posibles distractores, elaborar hipótesis y someterlas a prueba, monitorizar y corregir posibles errores en la ejecución. Estas funciones ejecutivas asientan sobre los lóbulos prefrontales, y en ellos radican también las emociones y la toma de decisiones y es sobre estas funciones sobre las que ejerce su función perturbadora la impulsividad.

Los estudios más recientes han objetivizado disfunciones en diferentes áreas cerebrales asociadas a impulsividad. No debe extrañar, ya que el constructo es complejo y engloba la preparación de la acción (con toma de decisiones prematura, antes de tener toda la información necesaria), la ejecución (dificultad para realizar las acciones de forma apropiada) y la evaluación de las consecuencias (incorrecta valoración de consecuencias a largo plazo) y es muy posible que cada uno de estos aspectos tenga bases anatómicas y funcionales diferenciadas.

Se ha comprobado como la lesión de la zona orbitofrontal aumenta la desinhibición, perturba la persistencia y disminuye la capacidad para la evaluación de las consecuencias. Las lesiones en el área ventromedial de la corteza prefrontal (como fue en el caso de Phineas Gage) muestran una perturbación en la recepción y procesamiento de la información. Las lesiones en la región de la amígdala afectan el procesamiento emocional de la información y la significación afectiva de los estímulos, por lo que el paciente es incapaz de gestionar sus emociones. Los pacientes pueden ser conscientes de la información, pero no del valor emocional de la misma. Además, en las lesiones cerebrales del lóbulo frontal que tienen lugar de forma muy precoz no se logra desarrollar las convenciones sociales y el sentido moral.

En el caso de la impulsividad posiblemente estén implicados al menos dos circuitos cerebrales, circuitos que funcionan conjuntamente: un circuito sostenido sobre el sistema de la amígdala, responsable de gestionar las emociones y que se encuentra perturbado cuando la impulsividad es elevada, y un sistema prefrontal, que es el responsable del proceso reflexivo y que actúa inhibiendo conductas (Williams, Potenza 2008). Este último circuito, por ejemplo, es el afectado transitoriamente

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

cuando se consume determinadas sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, opioides) y explicaría la aparición de mayor impulsividad y actos impulsivos bajo el efecto de las sustancias psicoactivas.

Estos circuitos deben considerarse desde el punto de vista funcional y el papel que juegan determinados neurotransmisores, especialmente la dopamina y la serotonina (Probst, Eimeren 2013).

La alteración neurobiológica más ampliamente encontrada en la literatura es el déficit serotoninérgico en los haces que, procedentes de los núcleos del rafe, se proyectan a la corteza. La serotonina parece jugar un papel crucial en la regulación de la inhibición de las acciones cuando se pueda producir un castigo (Cools, Nakamura, Daw 2011) y en las conductas de búsqueda de novedades.

No es la única disfunción observada, ya que se ha sugerido la presencia de una disfunción dopaminérgica, lo que perturba la atribución de la relevancia y el deterioro de la capacidad de inhibición de las conductas. Uno de los hallazgos más relevantes es la activación de la transmisión dopaminérgica en el denominado como circuito mesocorticolímbico de recompensa, que comprende el estriado ventral, principalmente núcleo accumbens, la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior, la amígdala y el hipocampo. Este circuito es importante no sólo como responsable de la experiencia de recompensa, que se vincula con la liberación fásica de dopamina en dicho circuito ante el desarrollo de una conducta, sino que la genera la atribución de la prominencia del estímulo, ya que la dopamina se libera cuando hay un estímulo por el que merezca la pena esforzarse, lo que libera la acción. Los niveles aumentados de liberación tónica explicarían el déficit funcional de la corteza prefrontal que se observa en trastornos vinculados con la impulsividad. En estos casos, el castigo no sería capaz de reducir suficientemente la liberación tónica de dopamina y, por lo tanto, obstaculizaría el aprendizaje por castigo.

Este modelo se refuerza por la experiencia clínica. Los pacientes con enfermedad de Parkinson a los que se le administran agonistas dopaminérgicos (que aumentan los niveles de dopamina tónica) tienen mayor riesgo de desarrollar patologías por dependencia a sustancias, ludopatía u otros trastornos de control de impulsos (Weintraub, Burn, 2011). Además, la amígdala y la corteza orbitofrontal juegan un papel clave en la asociación de las señales de predicción de la recompensa con las emociones positivas provocadas por la recompensa real (Brewer, Potenza, 2008)

En estudios recientes sobre neuroanatomía funcional de la impulsividad se han descrito alteraciones en otros sistemas de neurotransmisión, como son la hiperactividad del sistema glutamatérgico en el núcleo accumbens (conductas compulsivas) y la hiperactividad noradrenérgica. Los sistemas opioides deben ser considerados, ya que median en la experiencia hedónica, interactúan con los sistemas dopaminérgicos, y puede desempeñar un papel crítico en las preferencias individuales que conducen a una conducta específica. Sin duda, los sistemas de neurotransmisores no pueden ser analizados individualmente, sino en su compleja interacción.

Hay que hacer un señalamiento ante estos datos y poner límites a su significación. Alguien profano a la Neurociencia puede pensar que detectar alteraciones en el funcionamiento cerebral o anomalías en la bioquímica de los neurotransmisores supone hallar la causa directa de un comportamiento anómalo. Del hombre condenado por los dioses a actuar de cierta manera al hombre condenado por su neuroanatomía funcional no hay grandes diferencias. Nada más lejos de la realidad. Toda actividad del hombre (pensar, sentir, hacer) tiene su sustrato en la neurociencia, que nos puede

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

ayudar a comprender cómo funciona el cerebro, pero no nos puede explicar, por sí sola, la conducta humana.

Además, lo que conocemos de neuroanatomía funcional es aún muy inespecífico y bastante generalizado. De hecho, los hallazgos en neurociencia aún tienen una capacidad muy limitada como apoyo en el proceso diagnóstico en Psiquiatría. Por lo tanto, no es posible creer que unas anomalías detectadas puedan explicar y justificar una conducta en un momento dado y la responsabilidad sobre la misma. Con los conocimientos actuales pensar que se ha localizado e identificado el proceso que permite funciones complejas como la toma de decisiones o la conciencia del bien y del mal es simple e ingenuo. Sin embargo, esta afirmación no es contradictoria con el hecho de que, a veces, existen cerebros gravemente dañados en los que la libertad de acción está comprometida.

LA IMPULSIVIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES

La impulsividad puede expresarse como rasgo de la personalidad, es decir como un constituyente básico de la personalidad, de expresión precoz en la vida del sujeto y que impacta en múltiples áreas del sujeto (en este caso hablaríamos de alguien que es impulsivo en su naturaleza) o se puede manifestar como un estado, como un síntoma, en el que las conductas impulsivas o actos perjudiciales aparecen de forma puntual, sin planificación y, en general, como respuesta a perturbaciones ambientales o biológicas (por ejemplo, en el curso de una intoxicación por sustancias psicoactivas), con un impacto variable en el funcionamiento del individuo.

LA IMPULSIVIDAD COMO RASGO DE PERSONALIDAD

La impulsividad puede ser un rasgo de personalidad. Pero, ¿qué es un rasgo de personalidad? Cuando hablamos de personalidad hablamos del concepto popular de lo que llamamos “Yo”, de lo que se considera que son sus gustos, apetencias, temores, virtudes, fortalezas, debilidades... es decir, del conjunto de características que le diferencia de los demás y le hacen ser un individuo único.

Por lo tanto, consideramos que personalidad es el conjunto único y perdurable de características que pueden variar en respuesta a diferentes estímulos. La personalidad es lo que lo que nos permite predecir la conducta de alguien conocido por nosotros, anticipar sus respuestas y sus emociones. Es aquello que nos caracteriza en nuestra forma de captar la realidad, entenderla, responder emocionalmente ante ella y comportarnos. Personalidad es, pues, aquel patrón de características en nuestra forma de sentir, responder, emocionarnos y relacionarnos con los otros.

La personalidad está constituida por un conjunto de rasgos. El rasgo no sería sino el elemento básico de la personalidad y es lo que nos predispone a responder de forma similar o igual a diferentes estímulos. Se expresaría en la forma congruente y duradera de reaccionar a nuestro ambiente, proporcionando coherencia en nuestro comportamiento. Los rasgos causan la conducta, no surgen como respuesta a determinados estímulos. Permiten predecir lo que una persona haría ante una situación determinada. Tenemos unos rasgos centrales, no son más de 5-10, que son los que mejor

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

definen nuestra conducta y son los que utilizamos para describir a alguien próximo. Los rasgos se combinan en dimensiones, que no serían sino superfactores. Desde esta perspectiva dimensional todos los seres tenemos los mismos rasgos, pero no están presentes en la misma intensidad en cada uno de nosotros ni en la misma combinación. Nos diferenciamos cuantitativamente, ofreciendo cada uno de nosotros un perfil de rasgos específicos.

Cuando la impulsividad es un rasgo dimensional importante de la personalidad, su anomalía caracteriza a la misma y la presentación clínica de los diferentes trastornos psiquiátricos. Sería un fenómeno estable y difícilmente modificable. Es el caso de los trastornos de personalidad estructurados sobre la impulsividad, como es el caso del trastorno de personalidad límite o del trastorno antisocial (disocial) de personalidad.

LA IMPULSIVIDAD COMO ELEMENTO CONSTITUYENTE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad son desviaciones extremas del modo como un individuo normal, en determinada cultura, percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás. De aquí que los trastornos de personalidad se definan como un patrón persistente de experiencias internas y del comportamiento que se manifiesta en las cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos. Este patrón se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, es estable en el tiempo y se ha empezado a manifestar en la adolescencia o en el período de adulto joven. Este patrón provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento del individuo.

Las nosologías al uso (DSM, CIE) permiten diferenciar trastornos específicos de la personalidad. Como se refería con anterioridad, en dos de ellos la impulsividad es uno de los ejes sobre los que se estructuran sus síntomas. Es el caso de los trastornos de personalidad límite y el trastorno antisocial.

En el trastorno de personalidad límite el patrón dominante es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada. Los sujetos con este trastorno tienen una marcada tendencia a actuar de forma muy impulsiva, sin valorar las consecuencias, con conductas que pueden llegar a ser agresivas o autodestructivas y con mucha dificultad para controlar la ira (Dell'Osso et al, 2010).

El otro trastorno específico de la personalidad en el que la impulsividad es parte fundamental es el trastorno disocial (o antisocial) de la personalidad. Se suele expresar clínicamente de forma precoz, antes del inicio de la vida adulta, incluso antes de los 15 años de edad y en ocasiones de forma aún más precoz en la infancia, de tal manera que la DSM5 recoge una categoría diagnóstica (Trastorno de conducta) reservado para aquellos niños que presentan características de este trastorno, pero aún no pueden ser diagnosticados como tal. Este trastorno se caracteriza por un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás. Los sujetos con trastorno antisocial se definen por su ausencia de empatía, su elevada concepción de sí mismos y la presencia de un cierto encanto superficial. La impulsividad es ubicua y cardinal en este trastorno y está presente en síntomas, experiencias y conductas del sujeto como la irresponsabilidad manifiesta que muestra a la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

hora de asumir sus responsabilidades laborales, domésticas, económicas o la desatención a su propia seguridad y la de los demás.

LA IMPULSIVIDAD ESTADO: LA IMPULSIVIDAD COMO SÍNTOMA

En otras ocasiones, la impulsividad no es parte de la forma de ser, sino que el individuo la experimenta de forma puntual, en ocasiones como respuesta a estímulos biológicos y ambientales y que se traduce en un “paso al acto”, en una dificultad o incapacidad para controlar el impulso que experimenta y que éste no se trasforme en acción. La impulsividad no es, en este caso, una tendencia a la respuesta impulsiva, sino un síntoma que se expresa en forma de actos impulsivos.

Sobre la presencia de estos síntomas se constituye un grupo de trastornos mentales, denominados de forma global “Trastornos del control de impulsos” y que engloba varias categorías específicas. Son trastornos que se caracterizan por la repetición de actos, sin motivación clara, que no se pueden controlar y que, con frecuencia, dañan los intereses del propio paciente o de los demás. Los pacientes actúan sin motivo ni razón clara, simplemente por el impulso a actuar. Dicho acto suele tener una sola dirección u objeto, lo que permite establecer una clasificación dentro de este grupo de trastornos (Dell’Osso et al, 2006).

Son trastornos conocidos y reconocidos desde los inicios de la Psiquiatría. En la revisión que realizan Rodríguez y Haro (2004) y que sigue fielmente la llevada a cabo por Berrios y Gili, señalan como Matthey, en el año 1816, los describió por primera vez y los consideró como perversiones de la voluntad y de las inclinaciones naturales, con conservación de las funciones intelectuales; de aquí que los denominara como “impulsiones sin locura”. Esquirol (1838) los denominó “monomanías instintivas” y consideraba primaria la lesión de la voluntad. Los define como actos sin motivos, como respuesta a impulsos irresistibles que se producen de forma instintiva o voluntaria. Kraepelin (1889) los consideró como una “locura impulsiva” y describió el impulso patológico que les lleva a actuar sin motivos claros, simplemente por sentir el impulso irresistible a la acción y la demanda inmediata de implementar dicho impulso. Señaló la vivencia de placer y completa gratificación asociada a la realización del acto (lo que le diferenciaba de la locura compulsiva, en la que se siente aversión hacia el acto realizado) y el hecho de que estos impulsos presentaban una dirección única para cada individuo, lo que permitía una clasificación. Es quizás Ribot, en 1904, quien más se acerca a la actual concepción, señalando que el trastorno principal se encuentra en la anulación del poder inhibir la conducta y controlarla, lo que es la estructura más evolucionada de la voluntad.

El concepto actual de trastornos de control de impulsos recoge un variado grupo de trastornos (piromanía, cleptomanía, juego patológico...) con características comunes en su patrón de comportamiento. Su base fenomenológica es la presencia de impulsos irresistibles a ejecutar un acto y se caracteriza por la incapacidad para la reflexión previa al acto conductual, que se manifiesta en una doble vertiente: la dificultad para resistir el impulso y la precipitación a los estímulos.

El paciente experimenta un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo un acto que es considerado como gratificante, a la vez que dañino para él o para los demás. El individuo puede (o no) resistir conscientemente al impulso y puede (o no) planificar la acción. Simultáneamente, el sujeto

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

experimenta sensación de tensión creciente (malestar emocional) inmediatamente antes de ejecutar el acto y fracasa en el intento de poder resistirse a la acción, con vivencias de sentirse fuera de control y paso a la acción. El acto puede ser más o menos planificado y es experimentado como egosintónico, es decir, correspondiente a un deseo consciente por parte del sujeto. La ejecución del acto conlleva la experiencia de placer, liberación o gratificación, aunque puede, en momentos posteriores, generar sentimientos de culpa, dolor o reproche.

Estas características lo diferencian, como ya señaló Kraepelin, del acto obsesivo. En este último, la finalidad del acto no es la ejecución de un deseo sino conjurar la angustia que la idea obsesiva le genera. El acto es vivido siempre como egodistónico.

Las actuales nosologías han recogido, en parte, esta concepción. La CIE 10, de forma similar a lo que consideraba la DSM4 R, los considera como un grupo heterogéneo de alteraciones de comportamiento en los que está perturbada la capacidad de controlar un impulso que se dirige hacia un objeto y que se transforma en un acto impulsivo.

La novedad la ha aportado la DSM5, novedad discutida y controvertida y que se enmarca dentro del cambio de perspectiva de la nueva clasificación (Regier, Kuhl, Kupfer, 2013) La DSM5 ha realizado una modificación de los criterios de validación de las categorías. Comprobaron que los criterios de validación eran mucho más significativos cuando se trataba de grupos de trastornos que cuando se hablaba de diagnósticos categóricos individuales. Además, se ha intentado que esta agrupación en grandes bloques se realice más en función de datos y evidencias de neurociencia y menos en la expresión sintomática. Se han agrupado de manera que los que tienden a tener rasgos de personalidad prepatológica similares, o que ocurren simultáneamente, queden ubicados próximamente entre sí. Dos de los grupos más importantes que se han generado son los llamados trastornos de interiorización (internalizantes) y de exteriorización (externalizantes). Los trastornos emocionales o de interiorización, tienen un alto grado de afectividad negativa y comprenden trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y afines, trastornos relacionados con factores estresantes y trastornos disociativos. Los trastornos de exteriorización agrupan a los trastornos de comportamiento perturbador, de control de impulsos y de conducta y los trastornos relacionados con sustancias y adictivos, todos ellos con una fuerte vinculación con la impulsividad, asociado a dimensiones de personalidad como desinhibición y (negativamente) restricción y, en menor medida, emocionalidad negativa. Estas dimensiones de personalidad subyacentes explicarían las altas tasas de comorbilidad o presentación concomitante entre estos trastornos.

Dentro de esta agrupación, los trastornos del control de impulsos propiamente dichos se incluyen en un grupo con los trastornos disruptivos, los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se incluiría, junto con la piromanía y la cleptomanía, categorías tan aparentemente diferentes como el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta (que sería una categoría para niños) y el trastorno de personalidad antisocial. Todos ellos comparten como característica fundamental los problemas en el autocontrol del comportamiento y de las emociones y se traducen en comportamientos que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes ante las normas o ante la autoridad, aunque hay que señalar que muchos de los síntomas que definen a estas categorías son comportamientos que pueden suceder, hasta cierto

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

grado en personas con desarrollo normal, por lo que hay que valorar la frecuencia, la persistencia, el grado de generalización de las situaciones y el deterioro asociado a los comportamientos.

No todos los expertos están de acuerdo con esta propuesta y algunos formulan otra, la creación de un eje común, en base a su afinidad fenomenológica, con los cuadros compulsivos, formando un espectro de trastornos compulsivos-impulsivos. Los trastornos de control de impulsos se situarían en el eje continuo en cuyos dos extremos estarían la compulsión (que tiene como objeto la reducción del malestar y ansiedad) y la impulsión (que perseguiría el placer, la activación, la gratificación). En la compulsión existiría una sobreestimación del daño y una subestimación del mismo en la impulsión. Ambas tendrían en común la incapacidad para inhibir o postergar la conducta (Grant, Potenza ,2006).

La DSM5, además, ha realizado cambios dentro de la propia categoría “Trastornos del control de impulsos”. Ha sacado de la misma a entidades que, hasta ahora, se había considerado que formaba parte de esta categoría diagnóstica. Ha ocurrido con la tricotilomanía y el trastorno por excoriación, que han pasado a formar parte del espectro obsesivo-compulsivo por sus similitudes en lo que respecta a expresión de síntomas, comorbilidad y patrones familiares, y con el juego patológico, que ha engrosado la categoría de los trastornos adictivos y lo considera como una adicción comportamental.

La futura CIE 11 parece decantarse por mantener un solo epígrafe de “Trastornos de control de impulsos” que compartirían unas características generales: el sujeto experimenta impulsos, las conductas son gratificantes para el individuo (al menos inicialmente), la persona se siente fuera de control. Además reconocería como criterio negativo el que el sujeto no debe estar intoxicado o bajo los efectos de sustancias. La CIE11 seguiría reconociendo como categorías específicas el juego patológico, la cleptomanía, la piriomanía, el trastorno compulsivo sexual y el trastorno explosivo intermitente.

LOS PRINCIPALES TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS ESPECÍFICOS DEL ADULTO

1.- Juego patológico.

El juego, para la mayoría de las personas, no implica problema ni interfiere negativamente en su vida, pero para un grupo de jugadores se convierte en el centro de su vida, le dedican la mayor parte de su tiempo, consume sus recursos económicos y afecta de forma importante las relaciones con los demás. En este caso, el juego se ha convertido en patológico, la denominada ludopatía.

Es un trastorno relativamente frecuente. Su prevalencia es del 1-3% de la población general, con una ratio hombre: mujer de 2:1. Suele iniciarse en la adolescencia o en el periodo adulto y su curso es crónico o episódico, a veces con crisis de gran intensidad. Tiene tendencia a la agrupación familiar y hay antecedentes familiares en más del 20% de los casos. Existe una alta agregación con otras patologías como son los trastornos relacionados con sustancias o los trastornos del humor (Erbas, Buchner, 2012)

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En su génesis numerosos factores parecen jugar un papel. Se han determinado la existencia de factores genéticos y neurobiológicos ligados a genes implicados en la actividad de la serotonina, noradrenalina y dopamina. En concreto, se ha postulado (al igual que en otros trastornos con impulsividad patológica) la presencia de una hipoactividad serotoninérgica central, pero también se ha detectado menores niveles de metabolitos de la noradrenalina en LCR o se ha valorado el mecanismo disfuncional de los sistemas de recompensa mediados por dopamina. Se ha considerado también que el juego es la consecuencia de un déficit de activación cortical (arousal) que les lleva a una necesidad de excitación ambiental y de búsqueda de sensaciones (Holst et al, 2010).

Otras teorías han señalado la importancia nuclear de los mecanismos de aprendizaje conductuales. Las primeras ganancias actuarían como refuerzo de la conducta. Por otra parte, los jugadores tienen una distorsión cognitiva por la que tienden a creer que controlan la suerte y manifiestan un optimismo poco realista (Clark, 2014).

En los últimos años se ha señalado su similitud fenomenológica con las conductas adictivas y la existencia, al igual que en ellas, de tolerancia, dependencia y abstinencia. En base a estos datos y al hecho de que los hallazgos biológicos señalan la comunalidad de algunas alteraciones (Grant et al, 2010), la clasificación de la DSM5 ha ubicado este trastorno entre los problemas relacionados con los consumos de sustancias y adicciones.

El juego patológico suele iniciarse en la adolescencia o en adultos jóvenes, aunque hay casos de inicio más tardío. Por ejemplo, en el caso de las mujeres su inicio suele ser posterior, aunque su desarrollo es más rápido. Progresivamente el sujeto va aumentando la frecuencia y cantidad de sus apuestas y va jugando cada vez más a juegos con recompensas rápidas. Aunque el paciente suele referir "incapacidad para resistir el impulso", no siempre existe necesariamente (de hecho no se requiere como criterio), ya que existe una forma de jugar socialmente aceptada. Lo nuclear es el uso pernicioso y sus consecuencias. Con frecuencia tiene episodios de mayor descontrol, que pueden coincidir con periodos de depresión o en épocas de mayor consumo de alcohol o de abstinencia. No es extraño que el paciente se engañe a sí mismo y a los demás sobre su implicación, lo que puede dar lugar a fraudes, engaños o robos. Suele solicitar y esperar de los demás que cubran sus deudas. A pesar de que el sujeto hace intentos para controlar, esto no es posible y las conductas de juego se mantienen a pesar de los efectos nocivos que sobre él, su economía y sus relaciones genera.

Algunos autores han identificado etapas o fases delimitadas en el proceso de juego patológico como serían:

- 1.- Fase de ganancia: es la inicial, se ha producido una ganancia importante.
- 2.- Fase de pérdida: se acumulan las pérdidas y se juega en un intento de recuperarlas.
- 3.- Fase de apresamiento: cada vez el juego es más alto, las apuestas más elevadas y la frecuencia de las mismas, mayor.
- 4.- Fase de desesperación: en ella prevalecen los problemas económicos, laborales, familiares. Es la fase en la que se suele pedir ayuda.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

El juego patológico hay que diferenciarlo de otros episodios de conductas anormales de juego que pueden aparecer asociadas a otros trastornos mentales, como es el caso del juego durante un episodio de manía o en el trastorno límite de personalidad. En estos casos, las conductas de juego están limitadas a la duración de la descompensación y no son demasiado persistentes.

La ludopatía es diferente del juego aceptado, que se establece dentro de las reglas sociales o del practicado por jugadores profesionales, que tienen una alta capacidad de control y de disciplina.

2.- Piromanía

Con la piromanía se está describiendo un cuadro caracterizado por la provocación deliberada y repetida de incendios, planeados y sin motivos aparentes. Las conductas se acompañan de tensión o activación emocional antes del acto, fascinación y atracción por el fuego y por los equipos y actividades que lo combaten. La sensación de bienestar aparece cuando se inician o se observan las consecuencias. Estas conductas pueden ser planificadas con mucha antelación y no se realizan por interés económico, político, social, ni por expresar ira o venganza o como consecuencias de ideas delirantes.

Su frecuencia es difícil de establecer, ya que los estudios se suelen hacer sobre sujetos que tienen conductas incendiarias, pero no todos son pirómanos. Las conductas incendiarias, que no cumplen criterios de piromanía, pueden estar presentes en pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos (por ejemplo, esquizofrenia, manía, retraso mental, alcoholismo o trastornos de personalidad). Se estima que sólo una de cada cuatro conductas incendiarias en pacientes psiquiátricos corresponde realmente a una piromanía. Como trastorno aislado es aún más raro y se estima que sólo corresponde a menos del 3% de todos los sujetos juzgados por provocar un incendio.

Suelen iniciarse en la infancia, en la adolescencia o en la vida adulta y afecta especialmente a varones. Su curso es episódico, con tendencia a la recidiva, que, en ocasiones, se desencadenan por crisis personales. Entre los factores que pueden actuar en su génesis se han implicado posibles alteraciones metabólicas cerebrales (hipoactividad serotoninérgica y menores niveles de metabolitos de noradrenalina). Se ha sugerido también alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y disfunción en los sistemas reguladores del estrés. Suele haber alta frecuencia de antecedentes personales de enuresis y familiares de alcoholismo, sugiriéndose cierta vinculación etiopatogénica.

La piromanía debe diferenciarse de los incendios provocados que tienen motivación, de los incendios en el contexto de otro trastorno mental o de otras alteraciones de conducta (robo, fugas, agresiones) o en el contexto de un trastorno disocial de personalidad.

3.- Cleptomanía

Esquirol ya describió esa monomanía que llevaba a robar objetos que no representa un beneficio y que ocurría teniendo el individuo su conciencia (y conocimiento) despejada. Es pues, un trastorno

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

caracterizado por el fracaso reiterado a resistir el impulso de robar, sin ganancias claras. El objeto que se roba no se usa con fines personales ni tiene interés lucrativo. Los individuos hubieran podido comprarlo y suelen deshacerse de ellos, regalándolos o escondiéndolos. El objetivo es el robo, no la posesión de lo robado.

Hay pocos estudios sistemáticos sobre la cleptomanía. Es más frecuente en mujeres (más del 75% de los pacientes lo son), suele comentar en torno a los 35 años y tiene una duración de 10-20 años. Su evolución es crónica, con reagudizaciones. Corresponde a menos del 5% de todos los robos perpetrados en comercios.

Entre sus factores etiopatogénicos se han señalado (Grant, Odlaug, 2008) factores genéticos, alteraciones neurofisiológicas (disfunción de la corteza prefrontal ventromedial y orbitofrontal, lo que es hallazgo común a todas las patologías vinculadas con impulsividad), disfunción en los sistemas de neurotransmisores (serotonina, dopamina y opioides) y se le ha vinculado con trastornos afectivos.

La clínica es bastante característica: la presencia de episodios repetidos de robos, aparentemente no motivados por la ganancia. Los pacientes refieren experimentar el impulso, precedido de sentimientos de tensión, experimentan placer durante la ejecución del robo y, con frecuencia, lo califican como de "excitante". Suelen llevarlo a cabo en solitario; su entorno más inmediato suele desconocer estas conductas. Sólo posteriormente pueden experimentar vergüenza, temor a ser descubiertos, culpa o ansiedad. Las conductas cleptómanas producen deterioro en el funcionamiento social o laboral de los pacientes.

La cleptomanía debe diferenciarse de los robos deliberados, de los robos secundarios a otras patologías mentales (como los que pueden aparecer en los trastorno disocial, trastorno orgánico, trastorno depresivo, manía o robo secundario a ideas delirantes o a alucinaciones) y de la cleptomanía simulada para evitar las consecuencias penales.

4.- Trastorno explosivo intermitente

Es un cuadro de reciente reconocimiento. De hecho, aún no aparece como entidad independiente en la CIE y algunos autores consideran que no tiene naturaleza propia y es sintomático de otros trastornos. La DSM, sin embargo, le da carta de trastorno independiente.

El trastorno hace referencia a la presencia de episodios recurrentes de explosiones de violencia, con agresiones desproporcionadas al desencadenante y que se acompañan de remordimientos tras el episodio.

En su patogenia se ha planteado la presencia de una disregulación serotoninérgica en las áreas límbicas (cingulado anterior) y en el córtex orbitofrontal. También se ha interpretado las anomalías como una mayor respuesta de la amígdala a estímulos de ira.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

No es demasiado frecuente, aparece entre el 1-3% de todos los pacientes psiquiátricos, pero es posible que no sea adecuadamente diagnosticado. Suele iniciarse en la infancia o en la adolescencia y disminuye su presencia a partir de los 50 años.

Clínicamente se presenta como arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan falta de control de impulsos y que cursan con agresividad bien verbal o física. Aparece de forma súbita, sin pródomos, ante cualquier pequeña provocación de alguien cercano. Son cuadros claramente impulsivos, no premeditados, sustentados sobre la ira. Suelen ser muy recortados en el tiempo (menos de treinta minutos). Los pacientes experimentan también otros episodios menos intensos de agresión, que no causan daño, pero que aparecen de forma más frecuente (más de dos o tres veces por semana). El cuadro produce importante deterioro en el funcionamiento psicosocial del paciente. El trastorno debe ser diferenciado de los episodios violentos que pueden aparecer en pacientes con otros trastornos mentales como son los casos de los trastornos de personalidad orgánico, límite o antisocial, de los pacientes con esquizofrenia, manía, los pacientes con demencia o delirium o cuando están intoxicados por alcohol o sustancias o en abstinencia.

5.- Otros trastornos del control de impulsos

En el momento actual se están evaluando otros cuadros para poder ser validados como categorías diagnósticas dentro del grupo de los trastornos del control de impulsos. Es el caso de:

5.1.- Adicción a Internet: en este trastorno el uso de Internet se hace incontrolable. El sujeto emplea una considerable cantidad de tiempo en actividades relacionadas con Internet y cualquier intento de recortar ese tiempo es infructuoso. Es frecuente que experimenten necesidad de escapar a Internet e irritabilidad si se le niega el acceso. Como consecuencia de esto, se produce un deterioro de las relaciones familiares, sociales, de recreo o laborales, con menor productividad en el trabajo y mayores tasas de fracaso escolar. La propuesta de DSM5 especifica la adicción a internet como "Adicción a juegos (no de apuestas) en Internet. Conceptualmente lo consideran una adicción, tal como se contempla en países asiáticos como China. Se consideraría como un patrón de uso excesivo y prolongado de juegos por Internet y tiene como resultado síntomas cognitivos y comportamentales, similares a otras adicciones. Típicamente se caracterizaría por la participación en juegos de grupos durante muchas horas. Desconocemos sus tasas reales de prevalencia, su curso clínico o sus factores etiopatogénicos.

5.2.- Trastorno por conducta sexual compulsiva: a pesar de su denominación se consideraría un trastorno de los impulsos y no una compulsión genuina debido ya que el acto no es valorado como egodistónico. Realmente se trataría de la incapacidad (con fracasos repetidos) para controlar la conducta, a pesar de conocer y experimentar sus consecuencias negativas, produciéndose importante interferencia en la vida del sujeto. La anomalía estaría no en la presencia de conductas parafilicas (que puede o no existir), sino en la frecuencia de la conducta sexual. Es más frecuente entre los varones y los estudios iniciales señalan una prevalencia entre el 5-6% de la población.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

El trastorno por conducta sexual compulsiva es una propuesta para la próxima CIE11 que ha generado una gran polémica por su riesgo a patologizar la vida cotidiana y sus dudas de si realmente puede considerarse como un trastorno mental genuino. La CIE pretende sustituir con esta categoría a la de hipersexualidad, con el fin de centrarse más en la conducta y menos en la naturaleza del impulso.

5.3.- Compras compulsivas: se caracterizaría por el impulso a comprar, que se experimenta como irresistible y sin sentido, intrusivo y persistente. El sujeto experimenta tensión previa al impulso y vivencia de alivio o sensación placentera tras la compra. Posteriormente puede aparecer angustia. Con frecuencia las compras son de artículos no necesarios o de mayor costo de lo permitido. Se estima una prevalencia entre el 2-8% de la población general y es más frecuente en las mujeres, (80-95%). Se inicia al final de la adolescencia y evoluciona de forma crónica, alterando el funcionamiento social y ocupacional. Es también una propuesta de categoría muy discutida debido a las dificultades para diferenciar estas conductas de las propias de una sociedad de consumo.

LA IMPULSIVIDAD Y LOS IMPULSOS EN OTROS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos que se han descrito previamente no son los únicos trastornos de impulsos que se presentan en la clínica, son los que no están incluidos en otras categorías diagnósticas y que constituyen cuadros específicos. La impulsividad y sus trastornos pueden estar presentes en cuadros afectivos (manía o depresión), en los trastornos de conducta alimentaria y en los trastornos psicóticos. Es importante en el gran grupo de los trastornos adictivos, bien a sustancias o en las adicciones comportamentales. En la adicción, la presencia de impulsos que son vividos como irresistibles, pero egosintónicos, y ante los que se fracasa en el intento de controlarlos, es un fenómeno frecuente (Dick et al. 2010). También puede existir un trastorno del control de los impulsos en los cuadros parafílicos. La parafilia es el comportamiento sexual caracterizado por la excitación sexual con objetos y situaciones que no forman parte de los patrones sexuales habituales. Es el caso del fetichismo, del sadismo, del masoquismo o de la pedofilia.

Los impulsos (y su incapacidad para controlarlos) son núcleo de la clínica en los trastornos mentales orgánicos, es decir, cuando es observable la presencia de un daño cerebral, como ocurre en demencias, cuadros de alteración de conciencia, enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales, afectación cerebral por patología somática... En estos casos, la impulsividad y la pérdida del control de los impulsos se basan en la desinhibición, en la pérdida de la capacidad para inhibir conductas no adecuadas.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA IMPULSIVIDAD Y DE LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

1.- El uso de las nosologías en el campo forense

Hay que recordar que existe un desajuste entre las cuestiones que interesan a la ley y a los clínicos.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Sin duda, las nuevas nosologías han hecho importantes aportaciones para todos. Gracias a ellas se ha aumentado la validez y la fiabilidad de los diagnósticos, se ha facilitado la comprensión de las características de los trastornos mentales y proporcionan información sobre la evolución de la enfermedad, lo que facilitará la toma de decisiones sobre el futuro (o el pasado) del paciente.

Pero, como señala la introducción de la publicación del DSM5, las nosologías (y su clasificación de enfermedades) tienen importantes limitaciones cuando se emplean en el campo forense. La primera y más importante es que no debe olvidarse que su finalidad es eminentemente clínica y se han elaborado para satisfacer las necesidades de los clínicos y no las de los que intervienen en los juzgados. Además, no están pensadas, orientadas ni preparadas para ser empleadas por personal sin formación específica en psiquiatría o sin formación ni entrenamiento clínico. Otra limitación importante es que el concepto de trastorno mental clínico y judicial no siempre es superponible y un diagnóstico clínico no implica, necesariamente, que el individuo cumpla los requisitos legales para considerar que exista un trastorno mental. El diagnóstico de una categoría concreta no aporta información sobre su competencia, capacidad, grado de responsabilidad, nivel de deterioro ni funcionamiento del paciente. Dentro de una misma categoría el grado de variabilidad de estos parámetros puede ser muy amplio. Un diagnóstico no implica inevitablemente determinado grado de discapacidad.

Tampoco un diagnóstico señala, necesariamente, una etiología ni, lo que es más interesante, indica el grado de control que un sujeto con un determinado trastorno tiene sobre las conductas asociadas a dicho trastorno. Aunque la reducción de la capacidad del control sea una característica del trastorno, el diagnóstico no demuestra que el sujeto no haya sido capaz de controlar su comportamiento en una situación y contexto determinados. Es algo que se ha discutido de forma intensa en relación con la esquizofrenia y la vinculación de una conducta concreta con el trastorno, pero que cobra especial importancia cuando se habla de la impulsividad y sus trastornos.

2.- Afectación de funciones psíquicas por la impulsividad y sus trastornos

Citando a Guija (Guija et al, 2012), la voluntad es la facultad para realizar un acto con plena libertad, acto que se establece en dos fases: el proceso decisorio (o toma de decisiones) y una ejecución en libertad. Esta es la base sobre la que se asienta el libre albedrío. Cualquiera de los dos momentos puede encontrarse alterado y, en tal caso, la decisión tomada y el acto ejecutado no serán ni libres ni conscientes.

Todas las alteraciones de las funciones psíquicas sobre las que se sustenta la voluntad ocasionan una limitación o anulación de la misma. Ahora bien, ¿qué ocurre con los trastornos del control de los impulsos? En estos casos, la voluntad se muestra deteriorada, ya que se encuentra perturbada la capacidad para dirigir y evaluar los riesgos y sus consecuencias.

Los sujetos que presentan una alteración de la impulsividad o algunos de los trastornos relacionados con ella tienen, en cierto sentido, alterada su capacidad en la toma de decisiones. Decidir exige que una persona sea capaz de prestar atención a la tarea decisoria, comprender los elementos que la integran, poderlos cotejar con la memoria episódica, autobiográfica y semántica almacenada en la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

memoria, valorar y deliberar las opciones, lo que gana y pierde con cada una de ellas y las posibles consecuencias de las diferentes decisiones posibles, integrar todo ellos mediante procesos de razonamiento abstracto y, finalmente, expresar y ejecutar lo decidido. (Documento Sitges, 2009)

No extraña a nadie la afirmación que si una persona tiene alteradas la conciencia, la capacidad para percibir estímulos o las denominadas funciones cognitivas superiores (atención, gnosia, lenguaje, capacidad de cálculo, memoria y capacidad práxica) esté alterada su capacidad para la toma de decisiones. Si no puede entender lo que ocurre, la significación que cada elemento pudiera tener o relacionarlo con su vida, difícilmente va a poder decidir adecuadamente. Es lo que ocurre en el caso de las demencias o de otros trastornos mentales que se asientan sobre daños cerebrales.

Pero decidir no requiere sólo tener íntegras las funciones cognitivas. Se ha señalado el importante papel que juegan en el proceso las funciones ejecutivas. Además, se precisa de un equilibrio emocional que no distorsione la ejecución de las funciones cognitivas ni ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son funciones superiores que modulan la ejecución de las demás funciones cognitivas. Permiten a una persona planificar su conducta, fijarse objetivos, organizar y secuenciar los pasos necesarios para alcanzarlos, iniciar la conducta, anticipar posibles obstáculos y planificar como solventarlos, mantener la atención en una tarea o cambiarla a otro foco cuando la consecución del objetivo así lo exige, eliminar posibles distractores, elaborar hipótesis y someterla a prueba, monitorizar y corregir posibles errores en la ejecución. (Documento Sitges, 2009). La motivación y el autocontrol están íntimamente ligados a estas funciones y sobre ellas es donde el efecto de la impulsividad se ve más claro. La impulsividad impide el grado de reflexión necesario para el proceso de decidir, la posibilidad de evaluar distintas alternativas, sopesar las consecuencias de cada una de ella y elegir la más adecuada a la persona. La naturaleza del propio impulso, vivido como incoercible, la preferencia por la recompensa inmediata y la dificultad o incapacidad para inhibir las conductas hacen que, aunque la capacidad cognitiva esté intacta, ésta resulte distorsionada por la alteración disejecutiva. El resultado es que se pierde la ecuanimidad en la toma de decisiones.

El tercer elemento a tener en consideración es el estado emocional y afectivo. La impronta afectiva acompaña a toda la conducta. Cuando el sujeto está bajo el efecto de una emoción intensa o de un estado anímico alterado la toma de decisiones se perturba, ya que se modifica la valoración subjetiva de las cosas. Esto es especialmente relevante en algunos trastornos del control de impulsos como es el caso del trastorno explosivo intermitente, en el que la ira ejerce una fuerte distorsión.

La decisión que se ha tomado debe de ser llevada a la práctica y esa ejecución corresponde a la voluntad, que es quién provee la fuerza para llevarla a cabo. Puede existir una correcta toma de decisiones y luego el sujeto no ser capaz de ejecutarla. En todos los trastornos mentales en los que la impulsividad está elevada, la voluntad puede considerarse que está mal dirigida y mermada. Es lo que ocurre en los problemas de dependencias a sustancias o a conductas como es la ludopatía.

Ahora bien, en base a la información anterior, desde el punto de vista legal la cuestión es más simple: ¿este trastorno afecta a la voluntad del sujeto? ¿En qué grado?

Los problemas que se sugieren deben ser debatidos en la discusión. Está claro que una responsabilidad legal existe si el sujeto es moralmente responsable, ya que tiene la capacidad de

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

diferenciar si una acción es buena o mala (legal o ilegal) y tiene libertad para actuar en función de este conocimiento (Leeman, 2009). Si un sujeto carece de capacidad para tomar decisiones racionales y voluntarias, la responsabilidad legal estaría modificada. Hay que señalar que es raro que un trastorno mental, por sí mismo, exima de responsabilidad legal. Sólo en el caso de que la enfermedad mental estuviera tan relacionada con la conducta del individuo que éste fuera "moralmente no responsable". Esto ocurre cuando el sujeto no puede conocer la calidad ni la naturaleza del acto que está realizando o que, si lo conoce, no supiera que estaba mal.

Pero ¿qué ocurre cuando el sujeto afirma que, conociendo la naturaleza del acto, no puede controlar su impulso y tiene perturbado su autogobierno? ¿Cómo se diferencia un acto que no ha podido ser controlado de un acto que no ha querido ser controlado?

Es difícil aceptar que un enfermo no sea capaz de ejercer un mínimo control de su conducta, que no es sino un robot ante sus impulsos y no tiene ninguna capacidad para conformar su conducta ante la ley. Esto nos remite al complejo problema sobre la denominada invalidación del control por el trastorno mental, en la que el individuo comprende las leyes, pero es incapaz de guiarse por ellas ya que tiene gravemente perturbada su capacidad de elección y ejecución.

En relación a los Trastornos del control de impulsos y los otros trastornos externalizantes, el interés por este tema se ha incrementado a raíz del mayor conocimiento sobre las bases neurobiológicas de la impulsividad.

En general, puede afirmarse que en los trastornos del control de impulsos, el deterioro de la voluntad no es completo y puede moverse en un amplio rango que va desde leve a extremo. Además, debe valorarse siempre el caso en su contexto y circunstancias. Pudiera ser que un individuo sea capaz de decidir sus conductas y planificar y perseguir sus objetivos, pero, si por ejemplo, se encuentra bajo el efecto de una intoxicación por alcohol u otra sustancia, que aumentan la desinhibición, la afectación de la voluntad es mayor.

El mejor conocimiento de las bases neurobiológicas de la impulsividad y sus trastornos no debe tener como finalidad justificar, excusar y eximir de responsabilidad a estos pacientes, sino que debe ser orientado a una mejor comprensión y al más adecuado tratamiento. Es posible que dentro de no mucho tiempo este conocimiento pueda ser también útil en pruebas periciales en las que se pueda demostrar esta disfunción de lóbulos prefrontales o límbicos. Por ahora nos debemos quedar con las peritaciones clínicas en las que se establezcan en qué grado está afectada la voluntad de sujeto concreto en base al estudio psicopatológico de la naturaleza del impulso, de cómo experimenta el mismo, de las estrategias de resistencias que se despliega ante el mismo, de su persistencia a pesar de sus consecuencias y de la perturbación en el funcionamiento psicosocial del individuo que le genera y evaluarlo para cada individuo y para cada momento.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición. Ed Panamericana, 2014

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

[Berg JM](#), [Latzman RD](#), [Bliwise NG](#), SO. Parsing the Heterogeneity of Impulsivity: A Meta-Analytic Review of the Behavioral Implications of the UPPS for Psychopathology. [Psychol Assess.](#) 2015 Mar 30.

Brewer JA, Potenza MN. The Neurobiology and Genetics of Impulse Control Disorders: Relationships to Drug Addictions. *Biochem Pharmacol.* 2008 January 1; 75(1): 63–75.

Clark L, Averbach B, Payer D, Sescousse G, Winstanley CA, Xue G

Pathological Choice: The Neuroscience of Gambling and Gambling Addiction. *The Journal of Neuroscience*, November 6, 2013 • 33(45):17617–17623

Clark L Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction.. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1327 (2014) 46–61

Cools R, Nakamura K, Daw ND. Serotonin and dopamine: unifying affective, activational, and decision functions. *Neuropsychopharmacology.* 2011; 36: 98–113.

Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. A critical review *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2006) 256:464–475

Dell'Osso B, Berlin HA, Serati M, Altamura AC. Neuropsychobiological Aspects, Comorbidity Patterns and Dimensional Models in Borderline Personality Disorder., *Neuropsychobiology* 2010;61:169–179

Dick D, Smith G, Olausson P, Mitchell SH, Leeman RF, O'Malley SS, Sher K. Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addict Biol.* 2010 April ; 15(2): 217–226.

Documento Sitges. Capacidad para tomar decisiones durante una demencia. Boadas M, Robles A. (editores) Barcelona, 2009

Erbas B, Buchner UG. Pathological Gambling.. *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(10): 173–9

Grant, JE Potenza, MN. Compulsive Aspects of Impulse-Control Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2006 June; 29(2): 539–x.

Grant JE, Odlaug BL Kleptomania: clinical characteristics and treatment .*Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl I):S11-5

Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to Behavioral Addictions

Alcohol Abuse. 2010 September; 36(5): 233–241.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Guija JA, Núñez M, Giner L, Antequera R, Franco MD. Voluntad: aproximación desde la perspectiva médico-legal". En: Estudio sobre los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Foro Justicia y Discapacidad. Ed. Consejo General del Poder Judicial Madrid 2012. pag 87-104.

Holst RJ, Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE. Brain Imaging Studies in Pathological Gambling. *Curr Psychiatry Rep* (2010) 12:418–425

Kocka A, Gagnon J. Definition of Impulsivity and Related Terms Following Traumatic Brain Injury: A Review of the Different Concepts and Measures Used to Assess Impulsivity, Disinhibition and other Related Concepts. *Behav. Sci.* 2014, 4, 352–370;

Leeman RF, Grant JE, Potenza, MN. Behavioral and Neurological Foundations for the Moral and Legal Implications of Intoxication, Addictive Behaviors and Disinhibition.

Behav Sci Law. 2009; 27(2): 237–259

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001,; 158: 1783-93

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades 10 edición. Ed Meditor, Madrid 1992

Patton JH, Stanford MS, Barrat ES. Factor structure of Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psicol* 1995, 51: 768-74

Porot M. Diccionario de la Psiquiatría. D Labor. Barcelona 1971

Probst CC, Eimeren T. The Functional Anatomy of Impulse Control Disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep* (2013) 13:386

Regier DA, Kuhl EA1, Kupfer DJ. El DSM5: cambios en la clasificación y los criterios. *World Psychiatry* 2013;12: 92–98)

Rodríguez Juan, Haro Cortés G. Historia de la impulsividad: arte, filosofía y psiquiatría clásica. E: Impulsividad. Ros S, Peris MD, Gracia R (eds). Ed Ars Medica 2004, pp 1-14

Roncero C, Rodríguez-Urrutia A, Grau-López L, Casas M. Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(4):205-212

Weintraub D,1, Burn DH. Parkinson's Disease: The Quintessential Neuropsychiatric Disorder. *Mov Disord.* 2011 May; 26(6): 1022–1031

Whiteside, S.P.; Lynam, D.R. The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personal. Individ. Differ.* 2001, 30, 669–689

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Williams WA, Potenza MN. The Neurobiology of Impulse Control Disorders. Rev Bras Psiquiatr. 2008 May; 30(0 1): S24–S30

Bowlby, J. La separación. Paidós. Barcelona. 1988

Goffman, E. la presentación del yo en la vida cotidiana. Amorrortu. Buenos Aires. 1961

Gergen, K. Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social de la realidad. Paidós. Barcelona. 1996

Guija, J.A. Moreno, M^a J. Antequera, R. Nuñez, M^a. Medina, A y Giner, J. Protocolo de exploración para incapacitación. Sin publicar.

Implicaciones psiquiátricas de las modificaciones introducidas por el DSM-5 para la clasificación del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP)

BLANCA MORERA PÉREZ

“Sócrates tenía razón, lo más inteligente es tratar de conocer el propio yo, y el mundo en el que se integra, con la modestia de quien es consciente de que sabe bien poco en cualquier caso y con la voluntad decidida de convertir los prejuicios en juicios razonables, cambiando lo que haga falta”

(Adela Cortina. *Neuroética y Neuropolítica*, 2014)

LA ACCIDENTADA HISTORIA DEL TÉRMINO “TRASTORNO ANTISOCIAL”. UNA VISIÓN ESQUEMÁTICA

Las personalidades son como cuadros impresionistas. A distancia cada persona parece “toda de una pieza”, de cerca, cada una es un enredado complejo de estados de ánimo, cogniciones y motivaciones.

(T. Millon, 1998)

Aunque a menudo se cita a Pinel como el primer antecedente en la descripción de los trastornos de la personalidad (“*Manie sans délire*” en 1790), probablemente corresponde a Rush (1812) la primera descripción pormenorizada de sujetos “con total perversión de las facultades morales”, en los que resulta difícil separar “la acción libre de la necesidad y el vicio de la enfermedad”. Es, por tanto, el primero en describir un trastorno mental donde se afectan las facultades morales, con conservación de la razón y otras facultades intelectuales (Barcia, 2003).

Es, sin embargo, a Prichard (1835) a quien corresponde la primera formulación clínica cercana a lo que conocemos hoy como trastorno antisocial de la personalidad y que él denominó “locura moral” (*moral insanity*):

“... una perversión mórbida de los sentimientos naturales, afectos e inclinaciones, los humores y los hábitos y disposiciones morales, así como los impulsos naturales, sin trastorno ni déficit pronunciado del intelecto o de las facultades del conocer y el razonar...” (Treatise of Insanity and other Disorders Affecting the Mind) (citado por Pichot, 1983).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Nos encontramos en los albores de la Psiquiatría y en el progresivo auge de los alienistas, en un momento histórico en que predominaba la orientación descriptivo-clínica ("sindromología") promovida por la influencia de la escuela francesa, preocupada fundamentalmente por los cuadros graves ("manía", "melancolía", "demencia", "idiocia", etc.), y con una incipiente taxonomía. Las descripciones de los problemas de personalidad consistían en una miscelánea de diferentes tipos de personalidad desadaptada, que también incluía cuadros que posteriormente Meyer denominaría "psiconeurosis", psicosis paucisintomáticas e incluso deficiencias intelectuales no severas.

En este marco emergió uno de los términos que ha generado más confusión y controversia en lo que concierne al espectro antisocial: "Psicopatía", un término polisémico, utilizado a menudo hasta finales del siglo XIX para designar, de forma genérica, las enfermedades mentales. Es en 1891, y desde una pujante psiquiatría alemana, que evolucionaba desde el psicologismo al biologicismo, cuando Koch propone el término "inferioridades psicopáticas" para definir las personalidades anómalas. Su influencia y la de Kraepelin llevaría la consolidación del término personalidades psicopáticas, que se adoptó definitivamente en la psiquiatría alemana (*Die Psychopathischen Persönlichkeiten*, Schneider 1923), para designar un conjunto de "variantes estadísticas de la personalidad normal que, dadas sus características, hacen sufrir al sujeto, a la sociedad, o a ambos". Este ha sido el concepto esencial (y discutible) de los trastornos de la personalidad que ha pervivido, con mínimas variaciones, hasta hace pocos lustros y que ha impregnado las distintas clasificaciones hasta el DSM3 R.

Conviene señalar que este término no se correspondía, en su momento, con la "*psychopathic personality*" anglófona, ni con el "*déséquilibre psychopathique*" francés, que designaban un subtipo especial caracterizado por el predominio de las conductas antisociales. Quizá el "psicópata desalmado" de la tipología schneideriana sería, conceptualmente, el más próximo a esos conceptos.

El término "psicopatía", entendido como conducta antisocial (escuelas francesa y anglosajona) o como rasgo de personalidad (escuela alemana), resulta históricamente un término confuso, hecho que se acentúa aún más con la aparición de términos emparentados, a menudo tratados como sinónimos, como "sociopatía" (nacido de las tesis sociales de Birnbaum en 1914 y retomado por Partridge en 1930), "trastorno antisocial" o "trastorno disocial". Todos ellos se asociaron a la delincuencia y se hicieron sinónimos de lo degenerado, perverso o inmoral (Barcia, 1982), en un análisis a menudo ajeno a la psiquiatría.

En este difícil escenario, es necesario citar la figura de Hervey Cleckley que en sucesivas ediciones de su libro "*The Mask of Sanity*" (1ª edición 1941) realizó la que probablemente ha sido la descripción clínica más exhaustiva de la personalidad psicopática, y que abordó, desde una perspectiva clínica no analítica, el grave problema terminológico que conllevaba, proponiendo la alternativa "demencia o afasia semántica", que no encontró predicamento. Dos aportaciones esenciales de este autor deben señalarse: por una parte, la afirmación de que este tipo de sujetos no se encuentra únicamente en ambientes de delincuencia e instituciones penitenciarias, sino que a menudo forma parte de la sociedad "normalizada", y por otra, la descripción de los 16 rasgos principales que Cleckley consideró característicos de la personalidad psicopática, agrupados en dos constelaciones: el área emocional o interpersonal y el estilo de vida antisocial (Tabla 1). Esta propuesta sería asumida y modificada posteriormente por Hare en su formulación teórica y en la elaboración del *Psychopathic Check List*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

(PCL), instrumento reconocido internacionalmente y de uso habitual para la evaluación de estos sujetos, que también identifica estos dos factores diferenciados.

El nacimiento de las clasificaciones internacionales en psiquiatría se gestó desde la combinación de criterios de orígenes bien diversos (sociología, psicoanálisis, psicología, psiquiatría biológica, etc.), con desigual peso en función de las corrientes predominantes del momento, en un intento de alcanzar un lenguaje común que permitiera, no sólo la comunicación entre profesionales, sino especialmente el progreso en el conocimiento acerca de las causas y el tratamiento de los trastornos. La dinámica de consenso coyuntural no ha sido fácil de coordinar, y la delimitación de los trastornos ha estado marcada, no sólo por las influencias teóricas e ideológicas, sino especialmente por las dificultades de estudio. Independientemente del avance que suponen, (las clasificaciones) no dejan de ser el resultado final de una serie de productos híbridos compuestos por elementos dispares basados en tres fuentes: la información subjetiva procedente del propio sujeto (lo que supone aceptar la introspección como método científico), los elementos de tipo autobiográfico (que implican longitudinalidad dinámica en la concepción de los trastornos) y las aportaciones narradas por otros (lo que supone evaluar la credibilidad del testimonio de personas afectadas)", (Berrios, 1993).

Las diferentes clasificaciones en lo que concierne a la personalidad no han escapado a estas dificultades, en una tensión continuada entre las perspectivas nomotéticas —basadas en el análisis factorial y las desviaciones de rasgo— y las perspectivas ideográficas —que abordan la histórica única de las transacciones entre factores biológicos y contextuales, desde el concepto de individualidad y la negación de la taxonomía—.

La primera clasificación americana de consenso surgida tras la segunda Guerra Mundial (DSM-I, APA 1952), dirigida por el Capitán George Raine, de la US Navy, "fue un sorprendentemente matrimonio armonioso entre la experiencia militar y la teoría psicoanalítica" (Grinker, 2010), donde los trastornos mentales eran contemplados como reacciones neuróticas desadaptativas. De ahí el apelativo de reacción que incluían la mayor parte de los términos, y entre ellos el trastorno sociopático (Tabla 2), que también incluía desviaciones sexuales y adicciones. Todavía la psicopatía era contemplada en la cualificación del trastorno, como una variedad, aunque fue definitivamente desterrada en la segunda edición (DSM-II, APA 1968), iniciándose una progresiva orientación del trastorno antisocial hacia criterios casi exclusivamente relacionados con la conducta, tendencia que se consolidaría en las siguientes ediciones.

El DSM-III, donde se produjo un cambio del paradigma psicosocial (dimensional) a un paradigma basado en síntomas (categorial), generó una importante controversia, que aún se mantiene, por la persistente ausencia de elementos de rasgo en los criterios diagnósticos en la definición del trastorno antisocial frente a la hegemonía de los aspectos conductuales, situación que se mantuvo en sucesivas ediciones, con escasas variaciones, por la aplicación de criterios conservadores y por la identificación de riesgos relativos a la fiabilidad (Frances, 1997).

Desde el DSM-III, la APA ha trabajado intensamente en conseguir una convergencia con la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). La CIE, derivada de la Lista Internacional de Causas de Defunción del S.XIX, y que decide incorporar elementos de morbilidad en La Conferencia Internacional de Bertillon (1900), se configura como tal en París en 1955 bajo los auspicios de la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

OMS, ya como 7ª revisión (Ramos, 2002). Lastrada por sus orígenes epidemiológicos y por la dificultad de asumir la totalidad de los trastornos médicos conocidos, la CIE encontró su desarrollo real en lo concerniente al epígrafe “Trastornos mentales y del comportamiento” a partir su 9ª edición. Sin embargo, y en relación al trastorno antisocial, mientras que el DSM (Tabla 3) soslayaba a Cleckley y se centraba en las conductas, en un modelo continuista explícitamente asumido, la CIE, desde el término genérico “trastorno disocial”, conservaba la psicopatía y desarrollaba un sistema eminentemente descriptivo basado en rasgos (Tabla 4).

Esta disparidad de criterios, entre clasificaciones condenadas a entenderse, refleja en buena medida las enormes dificultades que han acompañado la caracterización de este trastorno. Pese a ello, ambos sistemas argumentan una elevada fiabilidad interexaminadores con un kappa superior al 0,70, que ha favorecido la continuidad y relativa estabilidad de la categoría (tanto antisocial como disocial) en ambos sistemas.

TRASTORNO ANTISOCIAL Y DSM-5: CONTROVERSIAS DEL SIGLO XIX

Existe el riesgo de que las futuras generaciones confundan diagnosticar con clasificar...

(F. Lolas, 1997, citado por A. Seva Díaz)

La personalidad actualmente se concibe con un patrón complejo de características profundamente arraigadas que son, en su mayoría, inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendidos y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1998). El estudio de sus alteraciones constituye uno de los capítulos más inseguros y controvertidos de la psiquiatría, dado que escapan totalmente de los esquemas clásicos de enfermedad, constituyendo un cajón desastre ubicado en un lugar indefinible entre la enfermedad y la salud psicológica (Seva Diez, 2003).

Pese a su dificultad, el crecimiento de las publicaciones (de las que el Journal of Personality Disorders, creado en 1987, fue pionero) y la existencia de sociedades específicas (la primera, la International Society for the Study of Personality Disorders, se creó en 1988), dan fe de la importancia que el tema ha adquirido, no sólo en los ambientes psicológicos, sino también en un grupo en el seno de la propia psiquiatría, donde los trastornos de personalidad se subrayan, no sólo como entidades propias, sino como factores de agravamiento pronóstico y como elementos de comorbilidad significativos en muchos otros trastornos.

Las críticas al proceso clasificatorio de los trastornos de personalidad han sido contundentes, tanto por razones cuantitativas (¿cuánto debe desviarse un rasgo para ser considerado patológico?) como semánticas (en los términos parecen reflejarse importantes aspectos conceptuales, clínicos e ideológicos). Quizá la afirmación de Kernberg (1987), referida al DSM-III, sirve para reflejar el sentir de un grupo nada despreciable de profesionales: “*Yo cuestiono seriamente una clasificación de trastornos de la personalidad basada en cualquier tipología simple, preconcebida, que exponga un*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

diagrama teórico de dimensiones de los rasgos o síntomas, y luego intente llenarlos con tipos clínicos potenciales. Cuestiono aún más seriamente las clasificaciones que corresponden con claridad sólo a un modelo particular de psicopatología, y los sistemas de clasificación más o menos idiosincráticos que no tienen una base amplia en psiquiatría clínica. Por último, cuestiono el agrupamiento de rasgos psicopatológicos del carácter con base en preconcepciones no relacionadas con la psiquiatría clínica y clasificaciones en las que hay un fuerte traslape de diversos tipos de personalidad”.

La ingente tarea del Grupo de Trabajo de Trastornos de la Personalidad del DSM-5, consciente de las deficiencias del sistema de clasificación, fue tratar de dar respuesta a las críticas continuas al modelo categorial vigente y presentar una propuesta conciliadora que reflejara la necesidad de incorporar el sistema dimensional en la clasificación de los trastornos. Pese a las expectativas, por el momento el DSM-5 parece conformarse con establecer un marco estructural abierto que permita una nueva conceptualización y reorganización de los síndromes y categorías diagnósticas sobre la base de dimensiones psicopatológicas, curso vital y núcleos sintomáticos comunes, dando lugar a una estructura “tímida y bastante irregular” (Sandin, 2013), en la que se destaca la conservación básica de la estructura categorial.

¿Cuál ha sido el resultado en la práctica? En lo que se refiere al trastorno antisocial de la personalidad (TAP), el DSM-5 refleja los siguientes aspectos:

1.- La **supresión del sistema multiaxial**, que afecta a la totalidad de los trastornos de la personalidad: el eje II existente desde el DSM-III desaparece. Las razones para esta desaparición no parecen claras, pero podría aducirse que un sistema sin ejes permite igualmente la codificación de diferentes trastornos, y que la separación entre ejes I y II era artificiosa, por lo que su integración parece razonable.

2.- La posibilidad de realizar un **diagnóstico tanto categorial como dimensional**, al describirse el TAP tanto en la Sección II como en la Sección III, de nueva creación.

3.- La posibilidad de codificar el TAP en un grupo de nueva creación denominado **Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta**.

LA DOBLE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

En palabras de los autores, la inclusión de ambos modelos “refleja la decisión de los miembros del Consejo Asesor de la APA de preservar una continuidad con la práctica clínica actual, al tiempo que se introduce un nuevo enfoque que tiene como objetivo hacer frente a las numerosas deficiencias de la perspectiva actual de los trastornos de personalidad”. Se citan explícitamente la alta frecuencia con la que pacientes cumplen criterios para varios trastornos o se incluyen en la categoría de “no especificado”. Otros problemas detectados habían sido la problemática heterogeneidad intrínseca, la insuficiente cobertura de la divergencia en los trastornos de personalidad, el establecimiento de grupos de criterios políticos con puntos de corte arbitrarios o la pobre convergencia y validez discriminativa (Widiger, 2007).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

El Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad del DSM-5 hizo una propuesta inicial híbrida, basada en rasgos dimensionales de la personalidad combinados con deterioro y funcionamiento interpersonal, que fue sometida a escrutinio público y de expertos, y que fue rechazada finalmente por el APA Board of Trustees (Comité de Expertos) “por razones que nunca se han aclarado públicamente y que se presumen ligadas a la consideración de que la propuesta carecía de méritos científicos, esto es, no había sido suficientemente testada”, generando una notable decepción en muchos profesionales que habían realizado aportaciones (Selborn, 2013). La propuesta fue relegada a la Sección III, que incluye “Medidas y modelos emergentes”.

Así pues, el DSM-5 contempla el TAP desde dos perspectivas: Por una parte, en su Sección II, dentro del Clúster B (junto con los trastornos límite, histriónico y narcisista, con los que se afirma clásicamente que comparte un patrón de personalidad exageradamente dramática, emocional o errática), en términos categoriales prácticamente idénticos al DSM-IV TR (con variaciones en algunos términos que pueden atribuirse al trabajo de traductores diferentes), que ya se han expuesto en la Tabla 3; y, por otra parte, se clasifica también en la Sección III, junto a otros cinco trastornos (personalidad evasiva, personalidad límite, personalidad narcisista, personalidad obsesivo-compulsiva y personalidad esquizotípica).

El denominado “Modelo alternativo” establece cinco criterios para el diagnóstico de estos seis trastornos de personalidad:

- 1.- Criterio A (Tabla 5): Valoración del funcionamiento personal (self) e interpersonal, que constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, mediante la escala LPFS (*Level of Personality Functioning Scale*). La escala permite puntuar, mediante la evaluación de cuatro factores, el nivel de deterioro de 0 (ausente) a 4 (extremo). Se requiere al menos un nivel moderado de deterioro (2) para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.
- 2.- Criterio B: Identificación de rasgos patológicos de personalidad (Tabla 6). Los rasgos se agrupan en cinco grandes dominios que agrupan 25 facetas de rasgos específicos. La diferente combinación de rasgos permite la identificación de los diferentes trastornos de la personalidad y por tanto este es el criterio que especifica el tipo de trastorno.
- 3.- Criterio C: La expresión de rasgo debe ser inflexible y persistente en una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- 4.- Criterio D: Los trastornos son relativamente estables en el tiempo, con un inicio que se remonta por lo menos a la adolescencia o a la edad adulta temprana.
- 5.- Criterio E: No se explican mejor por otro trastorno mental.
- 6.- Criterio F: No pueden atribuirse a los efectos de una sustancia u otra afección médica.
- 7.- Criterio G: No se conciben como normales para la etapa de desarrollo del individuo o para su contexto sociocultural.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En este esquema, el trastorno de la personalidad antisocial (TAP) se definiría en un sistema híbrido, en el que los criterios calificadores serían una combinación de los criterios A y B. Se exige, por un lado, la existencia de un deterioro (moderado a extremo) en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades en dos o más de las cuatro áreas "Self-Interpersonal": Identidad (egocentrismo, autoestima derivada de ganancia personal, del poder o del placer), Autodirección (objetivo basados en la mera satisfacción personal, ausencia de normas prosociales), Empatía (ausencia de empatía, ausencia de remordimientos) e Intimidad (incapacidad para las relaciones íntimas, relaciones basadas en la explotación, el engaño o la coacción). Asimismo se requieren seis o más de los siete rasgos patológicos propios del trastorno, que se ligan a los dominios de Antagonismo (Manipulación, Insensibilidad, Engaño, Hostilidad) y Desinhibición (Asunción de riesgos, Impulsividad e Irresponsabilidad), siempre en sujetos de más de 18 años. A ello se añadirían los criterios C a G.

Además, en esta sección se recupera lo que se denomina "una variante distinta", en forma de especificador (los especificadores ofrecen la oportunidad de definir un subgrupo más homogéneo de individuos que padecen el trastorno y que comparten determinadas características), que se denomina *psicopatía (o psicopatía primaria)*, cuyas características serían:

- Niveles bajos de ansiedad (dominio de afectividad negativa)
- Bajo distanciamiento (dominio del desapego)
- Altos niveles de búsqueda de atención (dominio del antagonismo)

La primera faceta conforma el componente de inmunidad al estrés (estabilidad emocional/resiliencia), mientras que las dos últimas facetas describen un comportamiento de estilo social dominante/asertivo, propio del psicópata.

Como no podría ser de otra forma, esta formulación ha recibido apoyos entusiastas y críticas acerbas. En un amplísimo artículo de revisión de las distintas opiniones publicadas acerca de los diferentes borradores, Lynam (2012), pese a apoyar la clara adopción del modelo de 5 factores (FFM) de McCrae y Costa¹ en la propuesta, señala, para el TAP, lo que pueden considerarse los elementos claramente mejorables, que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- 1.- La derivación del modelo FFM y su reducción a 25 factores limita la conexión con la vasta literatura existente y con la reconocida cobertura que el modelo original acredita sobre el "espacio de la personalidad".
- 2.- La descripción de rasgos del TAP resulta incompleta. Cuatro de los rasgos identificados por el FFM para el trastorno, esto es, confianza (inversa), altruismo (inverso), flexibilidad (inversa) y auto-disciplina (inversa), no se incluyen ni siquiera entre los factores; también

¹El Five-Factor Model (FFM) publicado en el 2003, es un modelo basado en 30 factores agrupados en cinco dominios (OCEAN), cuenta con una amplísima investigación de campo que le reconoce una alta congruencia con las evaluaciones clínicas y una buena capacidad predictiva de deterioro. (McCrae, R.R. & Costa, P.T. *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. New York: Guilford Press).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

existen dos factores típicos que sí se glosan para el conjunto de trastornos de la personalidad (desconfianza y distraibilidad) pero que no se atribuyen al trastorno antisocial (la distraibilidad de hecho no se atribuye a ninguno de los trastornos). En resumen, se señala que sólo 7 de los 11 rasgos que se consideran característicos del trastorno antisocial en investigaciones previas se capturan la descripción del DSM-5.

3.- La evaluación del deterioro de funcionamiento, de nuevo cuño, se solapa con la descripción de rasgos del propio trastorno, con rasgos de otros trastornos de la personalidad (como el narcisista) y requiere importantes inferencias acerca de aspectos dinámicos subyacentes.

4.- Finalmente, son muchos los autores que consideran que el acercamiento dimensional del DSM-5 ha perdido la oportunidad de reunificar adecuadamente dos constructos que han crecido separadamente desde el DMS-III: el trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía.

El DSM-5, al incluir la psicopatía como especificador, trae de vuelta la vieja cuestión de si la psicopatía y el TAP responden a la misma estructura, si hablamos de los mismos individuos, si un término incluye o no al otro, y, especialmente (aunque esto será comentado más ampliamente con posterioridad), si la misma definición/delimitación del trastorno (de ambos trastornos) sirve a algún objetivo concreto y aplicable a la práctica psiquiátrica (en cualquiera de sus variantes).

Desde años atrás, el estudio de estos sujetos (“locos sin delirio” de Pinel o “insanos morales” de Prichard) parece haber divergido entre quienes, siguiendo la psiquiatría clásica, intentaban conceptualizar esta personalidad en sus rasgos y estructura (como Cleckley, Cloninger, Kernberg, Millon o Hare) y, quienes siguiendo el estudio de Robins (St Louis), se orientaron a la clasificación de las conductas (evidente en los DSMs), dando lugar más a una descripción de un estilo de vida criminal que a un síndrome relacionado con un trastorno de la personalidad.

Y es que parece evidente que, tal y como señalaba Birnbaum al describir los “sociópatas”, pueden existir sujetos con temperamento relativamente normal que no han adquirido los hábitos de socialización o que han crecido en marcos sociales donde la conducta antisocial es proadaptativa, lo que en estos casos sugiere un origen sociogénico o de aprendizaje de las conductas como elemento de génesis principal.

Además, resulta del máximo interés diferenciar conductas antisociales (contrarias a las normas prosociales) y delictivas (contrarias a la ley), para evitar asimilar erróneamente el antisocial al delincuente, por más que se reitere la relativamente elevada frecuencia de este trastorno en la población penal (Parellada, 2004).

La diferenciación o delimitación TAP/Psicopatía no es inútil, puesto que la ubicación correcta de los sujetos y su diagnóstico puede condicionar tanto los datos epidemiológicos como los estudios etiopatogénicos y, por supuesto, las medidas terapéuticas, e incluso, en último término las valoraciones psiquiátrico-legales y las medidas judiciales.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Como en otros temas de complejidad, no hay un acuerdo unánime, y unos autores han manifestado claramente su inclinación por uno u otro término, aduciendo razones muy diferentes (Roth, 1990; García de Pablos, 2003; Echeburúa, 2014). Reid (2003) señala de forma resumida algunas diferencias básicas que se argumentan y que pueden resultar de ayuda (Tabla 7).

No es ajeno a la dificultad de conceptualización el escaso interés histórico de la psiquiatría académica e investigadora, en su conjunto, por este trastorno o grupo de trastornos — Cleckley denominó al psicópata *the forgotten man of psychiatry* — que, sin embargo, han sido frecuente objeto de estudio de la criminalística y de la psicología, con otras perspectivas. Desde su nacimiento, la psicopatía y el TAP han sido fundamentalmente un asunto legal cuando no moral. Veremos posteriormente cómo las Neurociencias y la moderna Neuroética se acercan sistemáticamente al trastorno en sus argumentaciones.

En cualquier caso, una revisión de las publicaciones de los principales estudiosos de la psicopatía sugiere que, para la mayoría, los dos trastornos no son intercambiables y que, tradicionalmente, la psicopatía es un trastorno fundamentalmente de la estructura de la personalidad y, en menor medida, de la conducta (Buzina, 2012), sin que la conducta antisocial sea, por sí misma, lo más característico (Andrews, 1994) y en ningún caso específica. En palabras de Widiger (1989, citado por Hare): “*el uso de conceptos cerrados ignora el hecho de que un rasgo dado puede reflejarse en múltiples comportamientos y una conducta concreta reflejar más de un rasgo de personalidad*”.

El constructo psicopatía parece representar, desde el punto de vista clínico, un subgrupo más grave y específico del trastorno antisocial, tal y como éste se considera en las clasificaciones internacionales, y es por ello un reflejo más ajustado de lo que debería ser el objetivo de estudio en cuanto a personalidad anormal (Selborn, 2013). Al mismo tiempo, tiene una más amplia representación real, en cuanto a que puede incluir sujetos que nunca han exhibido conductas antisociales, o que nunca las identificarían como propias en una evaluación clínica (Hare, 1991).

Hare (2006), defiende la imposibilidad de asimilar ambos conceptos cuando señala que entre el 80-85% de los criminales encarcelados en EEUU cumplirían criterios de TAP, frente al 20% que cumple criterios de psicopatía (utilizando el PCL-R), y que éstos son responsables del 50% de los crímenes más violentos, al tiempo que señala que la mayoría de los psicópatas nunca pisarán una comisaría o una cárcel. Además, señala diferencias notables en cuanto a riesgo de suicidio (más en trastornos antisociales), déficits emocionales (más en psicopatías), ausencia de empatía (más en psicopatía), baja reactividad al estrés (más en psicopatía) y compatibilidad con un rendimiento personal y social aparentemente bueno (más en psicopatía, difícil en el trastorno antisocial).

A la vista de la existencia de subtipos, tanto en la estructura y la interrelación con otros trastornos de la personalidad (Kernberg, 1987), teniendo en cuenta que se describen distintos prototipos de presentación, que oscilan en gravedad adaptativa desde los estilos normales al malevolente (Millon, 1998), y que también se observan diferencias entre subtipos criminológicos (García-Pablos, 2003), parecería más correcto hablar del espectro de los trastornos antisociales o de las psicopatías. Quizá ese concepto dimensional es más ajustado a una realidad variable y explica mejor muchas diferencias que hemos descrito —y otras que describiremos con posterioridad— entre sujetos pertenecientes al mismo presunto grupo diagnóstico. Por otra parte, la extensísima literatura existente

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

sobre la psicopatía como constructo empírico y clínico, requiere reflexionar si no sería el término idóneo para el trabajo de psiquiatría, al generar un objeto de estudio más específico que pudiera generar conocimiento, independientemente de que los rasgos antisociales puedan identificarse como aspectos relevantes en el funcionamiento de múltiples sujetos.

INCLUSIÓN DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD EN UN NUEVO GRUPO: POSIBILIDAD DE DOBLE CODIFICACIÓN Y RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS POR CONTROL DE IMPULSOS

El acercamiento dimensional psicopatológico del DSM-5 se refleja también en la propuesta de grupos de trastornos, en los que se tiene en cuenta la existencia de dos grandes dimensiones generales que generan síntomas y signos desadaptativos (Achenbach, 1966): el Factor Externalizante, ligado a peleas, desobediencia, rabia, destrucción, delincuencia y agresividad, y el Factor Internalizante, caracterizado por ansiedad, depresión, retraimiento, timidez y somatizaciones.

Desde un modelo biopsicosocial, estos factores se entienden como factores inespecíficos de vulnerabilidad o riesgo para un conjunto diverso de trastornos y síntomas, aunque también se identifican en personalidades consideradas “normales” (Kendler, 2003).

El capítulo “trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta” es un capítulo de nueva creación en el DSM-5 (Tabla 8).

Su creación responde a dos razones: una de estructuración general que considera la ordenación de trastornos teniendo en cuenta el desarrollo y el curso vital, y otra de estructuración específica, que considera que el conjunto de trastornos agrupados comparten un “trastorno de externalización” que se manifiesta por problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, y que se asocian a dimensiones de personalidad de desinhibición, restricción (inversa) y, en menor medida, emocionabilidad negativa. “Su singularidad es que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás, o que llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o de las figuras de autoridad” (APA, 2013). Agrupan, por tanto, desde los déficits fundamentalmente ubicados en el control conductual hasta los déficits básicamente relacionados con el control emocional, así como déficits mixtos (como el trastorno negativista desafiante).

El marco teórico dimensional que describíamos puede justificar la agrupación de estos trastornos, de forma tentativa y con fines de investigación futura acerca de posibles marcadores biológicos y mecanismos de base comunes; no obstante, para algunos autores resulta un tanto artificiosa (Sandin, 2013) e incompleta, ya que, de acuerdo a los criterios de agrupación, escapan a la misma otros trastornos igualmente “exteriorizantes” como el Trastorno por Déficit de Atención o los Trastornos por uso de sustancias, estrechamente relacionados con los agrupados en ese epígrafe.

Los autores de la APA afirman que el grupo comparte aspectos epidemiológicos (mayor prevalencia en el sexo masculino y tendencia a iniciarse en la infancia o la adolescencia), y que es posible encontrar relación evolutiva entre ellos, sin olvidar el hecho de que muchos de los ítems que los definen puedan encontrarse también en personas con desarrollo normal.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Puesto que no existen dudas de que, fenotípicamente hablando, el TAP es un trastorno conductual (tal y como viene definido en sucesivas clasificaciones), cabe preguntarse si también existen razones para considerarlo un trastorno de control de impulsos o, alternativamente, si el déficit de control de impulsos es suficientemente representativo del trastorno y es similar en sus características intrínsecas a otros trastornos de control de impulsos de este grupo.

La impulsividad (cualidad de impulsivo, definido por la RAE como aquel *que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento*) es, sin duda un fenómeno heterogéneo. La definición de la misma fuente del término impulso (acepción 4ª: *Deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar*) nos señala que el elemento a definir es de naturaleza afectiva y previo a la conducta —que se convierte en el epifenómeno—, aunque a menudo la conducta es el único elemento objetivo que permite identificar el rasgo.

La impulsividad no es en sí un fenómeno patológico y está presente de forma ocasional en muchas conductas humanas. Cuando su frecuencia, su gravedad de presentación o las consecuencias que genera (objetivas y subjetivas) condicionan una desadaptación significativa, se convierte en un fenómeno psicopatológico; como con otros aspectos del funcionamiento humano, no resulta fácil establecer el punto de corte normal/patológico.

Sánchez Planell y Prats Roca (citados por Sánchez y Elizagárate, 2013) señalan dos patrones de impulsividad:

1.- Patrón de Impulsividad A: Serie de conductas en las que predomina la irreflexión, la premura y la subestimación de las consecuencias. Es el acto impulsivo propiamente dicho y se relaciona con un déficit en la inhibición de la conducta.

2.- Patrón de Impulsividad B: Entre el estímulo y el desencadenante conductual pueden aparecer fenómenos diferentes (puede ser una reflexión egodistónica, sobrevaloración de las consecuencias y/o sentimientos de culpa sobreañadidos). El individuo no puede resistirse, y el proceso se acompaña de sentimientos de malestar, angustia o tensión interna, que pueden ceder parcial o totalmente al realizar el acto. Esta impulsividad se acerca a los fenómenos obsesivo-compulsivos y parece más relacionada con la dificultad/imposibilidad de resistir el impulso.

En este marco conceptual, la conducta del sujeto con trastorno antisocial se adscribiría a un patrón impulsivo tipo A, a diferencia de otros trastorno de control de impulsos como piromanía o cleptomanía, del mismo grupo, que obedecen a un patrón impulsivo tipo B.

Sánchez y cols. afirman que, de forma diferenciada, en algunos de los trastornos de la personalidad (como el trastornos límite o el trastorno antisocial), la incapacidad para inhibir las conductas se presenta de manera generalizada y afecta a un gran número de funciones mentales. Por ejemplo, existe una limitación en la inhibición de las respuestas emocionales, que puede dar lugar a inestabilidad (paciente límite) y también a agresividad (pacientes límites y antisociales).

El término agresividad, relacionado con la impulsividad, es otro término ubicuo que, desde las perspectivas evolutivas, puede entenderse como una respuesta adaptativa que provoca ventajas selectivas, de la misma manera que lo hace su limitación (control del impulso). No todas las

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

conductas agresivas son conductas antisociales, sino que en éstas la agresión no encuentra las limitaciones que generan las cogniciones proadaptativas y la autorregulación afectiva. Tampoco todos los impulsos agresivos son necesariamente violentos.

Holguín (2014) propone un modelo que considere dos subtipos: el impulsivo-reactivo-hostil-afectivo (agresión defensiva) y el controlado-proactivo-instrumental-depredador (agresión ofensiva), afirmando la probable diferencia del funcionamiento neuroanatómico y neurofuncional entre ambos.

A la vista de lo anterior, ¿Puede decirse algo relevante acerca de la impulsividad en los pacientes antisociales? ¿Es éste un rasgo significativo? ¿Tiene especificidades?

La impulsividad ha sido un rasgo a menudo subrayado en la descripción de este tipo de sujetos que hemos llamado antisociales. Maudsley, en su *Physiology and Pathology of Mind* (1868), habló incluso de la “locura impulsiva”, describiendo “la perturbación del sentimiento y los deberes” “que enfrentan al sujeto con la organización social” y que puede dar lugar a la “locura homicida”. No obstante, la diferenció de la “locura moral” en su probable origen cerebral. Todas las descripciones clásicas, de Pinel a Schneider, señalan la impulsividad como un aspecto del funcionamiento de este grupo, aún heterogéneo en su concepción inicial, a menudo relacionando este hecho con las conductas violentas.

Cleckley, al describir en su listado de síntomas característicos “las conductas antisociales inadecuadamente motivadas”, las diferencia claramente de las conductas impulsivas (del cleptómano o del pirómano) de forma análoga a “como se diferencian las conductas circunscritas disociadas de la histeria y la desintegración generalizada del ego del esquizofrénico”. Mientras algunos autores, como Shapiro (1965, citado por Millon)², o Morgan (2011) subrayan sin ambages su relevancia, otros autores niegan que la impulsividad sea un rasgo específico en la psicopatía (Hicks, 2004; Poythress, 2011). La elevada comorbilidad entre los trastornos del control de impulsos, los trastornos de la personalidad del Clúster B y los trastornos por uso de sustancias (en la que el padecimiento de un TP es, además un factor de gravedad), sugeriría la posibilidad de que existan mecanismos comunes en su génesis (Cervera, 2001).

Millon (1998), al definir las características clínicas del prototipo antisocial (Tabla 9), subraya la impulsividad en dos áreas: en el nivel comportamental, un rasgo propio es ser “expresivamente impulsivo”, esto es, actuar en cortocircuito, incapaz de prever las consecuencias o considerar otras alternativas; y en el nivel intrapsíquico es característico el “mecanismo de impulsividad-actuación”, en forma de ausencia de límites a la expresión en pensamientos formulados y acciones, y ausencia de transformaciones subliminales de los impulsos, en ausencia de culpa o remordimiento. El autor afirma que existen diferentes fenotipos de este funcionamiento, no siempre identificable, puesto que estas características pueden expresarse también a través de conductas de riesgo, mediante el gusto por la aventura o la competición y resultar aparentemente adaptativas. Se señala también que la impulsividad no es exclusiva de este prototipo y se encuentra también en otros, como el trastorno límite.

² Shapiro (1965): “En muchos aspectos el psicópata es el modelo más claro del estilo impulsivo. Manifiesta de forma constante lo que para otros es sólo una tendencia. Actúa caprichosamente, su objeto es la recompensa inmediata...”.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

A la hora de tratar de establecer la importancia de la impulsividad, resulta de especial interés el trabajo de Hare y Neuman (2008), analizando el constructo “psicopatía” y su relación con la estructura interna de los factores del Psychopathy Check List Revised (PCL-R) (Tabla 10). Afirman que el constructo psicopático es el resultado de la conjunción de cuatro dimensiones (tendencias antisociales genéricas, trastornos interpersonales y afectivos y estilo de vida), agrupadas en dos factores y en estrecha interrelación.

Aunque la impulsividad es uno de los ítems, sin embargo, no parece formar parte de lo que denominan Factor Psicopático o Disocial, significativamente correlacionado con las puntuaciones del PCL-R. Este factor, constituido por los ítems Crueldad, Problemas de Conducta, Narcisismo, Oposicionismo y Búsqueda de Estímulos, emerge de un amplio estudio sobre distintos trastornos de la personalidad, y sugiere la existencia de un factor psicopático superior (*superordinate*) que identifica “algo que subyace y que explica la mayor parte de la varianza en el resto de los factores” (Neuman, 2006).

En esta misma línea, Snowden (2011), afirma que la impulsividad elevada se encuentra en los “psicópatas secundarios” (altos puntajes en Factor 2, asimilables al TAP, tal y como se ha definido en el DSM) y no es así en los “primarios (altos puntajes en el Factor 1, perfil similar al descrito por Cleckley originariamente y compatible con el especificador “psicópata” del DSM-5), donde parece más frecuente la búsqueda de estímulo, replicando los hallazgos de Hare (1991).

En resumen, aún siendo la impulsividad un rasgo frecuentemente asociado al TAP, la evidencia se diluye cuando se confrontan los problemas terminológicos y diagnósticos, y se contempla el término desde una perspectiva dimensional como parte de un espectro diagnóstico. Varios estudios señalan la diferencia entre la psicopatía primaria, donde la impulsividad no sería un rasgo significativo, y la secundaria (cercana al concepto de TAP y común a otros sujetos antisociales), en la que la impulsividad sería frecuente y característica.

Por otra parte, parece evidente que la impulsividad es un constructo multidimensional que parece responder a mecanismos fisiopatológicos diferentes en función de que se trate de una respuesta exagerada a estímulos, de una incapacidad para modular la respuesta afectiva, de una incapacidad para inhibir la respuesta conductual o de una mezcla de ellas, implicando tanto procesos cognitivos y afectivos complejos. El descontrol de impulsos puede aparecer, además, en muchos otros trastornos psicóticos, afectivos, de deterioro cognitivo o de causa médica, lo que orienta una escasa especificidad del rasgo.

En el TAP, la impulsividad, de existir, puede no acompañarse de respuesta emocional o cognitiva (ni durante ni con posterioridad), y se configura más como una conducta desinhibida relacionada con una estructura de respuesta dominante dirigida a un beneficio. Poco o nada parece tener que ver con la impulsividad preñada de elementos emocionales que se observa en los trastornos de control de impulsos clásicos e incluso en las adicciones, lo que podría hacer sospechar algunas diferencias en los mecanismos de base. Veremos a continuación qué han aportado en este punto las neurociencias.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS: EL EMPUJE DE LAS NEUROCIENCIAS

“Se observa cómo la neurociencia contemporánea participa en la realización de la mente en el cerebro; han llamado “brainhood” a la idea de que el cerebro es necesariamente la ubicación del “yo” moderno”.

(Manuel Suárez, 2012)

En la dilatada discusión etiopatogénica y fisiopatológica acerca de los trastornos antisociales, la sospecha acerca de la existencia de disfunciones en el sistema nervioso central ha sido una constante.

El acercamiento a las bases neurobiológicas del procesamiento emocional humano y del control de los impulsos, sugiere el especial protagonismo de varias áreas cerebrales en distintos estudios (Sánchez, 2013):

- 1.- Corteza prefrontal (CPF) ventromedial y orbitofrontal: Se considera la parte más compleja y sofisticada del cerebro implicada en los procesos cognitivos de mayor nivel (inteligencia general, resolución de problemas, control ejecutivo, atención, toma de decisiones, memoria semántica, análisis perceptivo, autoconciencia, representaciones explícitas y albedrío).
- 2.- Sistema límbico: Giro cingulado (coordinación de la actividad de otras áreas límbicas y experiencia subjetiva de la emoción), hipocampo y circunvalación parahipocampal (memoria emocional) y amígdala (emociones, agresión reactiva, aprendizaje instrumental y efectos fisiológicos y hormonales de las emociones).
- 3.- Ganglios basales: Núcleo accumbens (regulación emocional), núcleo subtalámico (inhibición de respuesta).
- 4.- Tallo cerebral: Área ventral tegmental del mesencéfalo (inhibición de conductas y respuesta agresiva) y núcleos del rafe (constituidos por neuronas fundamentalmente serotoninérgicas, implicadas en la impulsividad)

Todos estos sistemas se encuentran estrechamente vinculados e interconectados entre sí y con el sistema vegetativo y neuroendocrino.

Desde la sospecha de la existencia de déficits, tanto en el procesamiento emocional y cognitivo como en el control de impulsos y en la generación de la conducta prosocial, han sido múltiples los estudios realizados tratando de establecer hallazgos específicos del TAP y hallazgos compartidos con otros trastornos comórbidos (que podrían dar cuenta de mecanismos de base para su agrupación).

Como no podría ser de otra forma, los estudios y los hallazgos han estado (y están) condicionados por el desarrollo tecnológico. A continuación se resumen los principales hallazgos comunicados, citados en sus trabajos por Pustilnik (2009), Rosselló (2010) y Pérez (2012).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

1.- Hallazgos Neuroanatómicos

Entre las peculiaridades estructurales observadas en el cerebro de los psicópatas/TAP se destacan: Volumen reducido de la amígdala (Yang, 2005), reducción del tamaño de la parte posterior del hipocampo (Laasko, 2001), mayor volumen anterior del hemisferio derecho (Raine, 2004), reducción en la sustancia gris del lóbulo prefrontal (Yang, 2005), déficit de sustancia gris en regiones temporales y límbicas (Oliveira-Souza, 2008), reducción neuronal en giro temporal derecho (Müller, 2008), atrofia bilateral en el giro postcentral, en el polo frontal y en la corteza orbitofrontal (Tihonen, 2008), aumento del volumen del cuerpo calloso (Raine, 2003), reducción del volumen del cuerpo estriado (Bartaki, 2006).

La multiplicidad de los hallazgos y su escasa especificidad han relegado este tipo de estudios en favor de estudios estructurales y dinámicos.

2.- Hallazgos Neurofuncionales

Partiendo de la hipótesis de que la corteza ventromedial/orbitofrontal juega un papel relevante en el proceso de integración del conocimiento moral con las claves emocionales, en la empatía y en la inhibición de los impulsos antisociales (Rosselló, 2010), y que las disfunciones en estas áreas podrían explicar rasgos y conductas presentes en los sujetos con TAP/Psicopatía, la existencia de anomalías podría acercarnos a elementos etiopatogénicos y fisiopatológicos.

Los hallazgos comunicados en este marco, utilizando la resonancia magnética nuclear funcional, han sido múltiples:

- Disfunción en la corteza orbitofrontal (Birbaumer, 2005)
- Activación anómala del giro temporal superior, CPF ventromedial, corteza temporal media y parte anterior del giro cingulado (Kiehl, 2004)
- Disfunciones en CPF ventromedial, CPF dorsolateral, parte anterior y posterior del giro cingulado, amígdala, hipocampo, giro hipocampal y giro temporal anterior derecho (Müller, 2003; Gordon, 2004; Kiehl, 2004; Gao, 2009)
- Disfunción amígdala y córtex ventromedial/orbitofrontal (Rilling, 2007; Blair, 2010)

Los hallazgos, aquí resumidos, parecen consistentes con la hipótesis inicialmente planteada e incluso se replican en estudios más específicos que señalan la afectación de la red de conexión CPF-amígdala (Graig, 2009), la correlación entre la afectación emocional y las conexiones dorsomediales corticales (Sethi, 2014) o la relación impulsividad-afectación de la red frontoparietal y cingulada posterior (Juárez, 2013). También se observa consistencia entre los hallazgos de neuroimagen y los resultados de test neuropsicológicos en sujetos con lesiones cerebrales con conductas antisociales/psicopáticas (Rosselló, 2010).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

El optimismo ante estos hallazgos, en cuanto a facilitar la comprensión del TAP, debe, no obstante, contemplarse con prudencia. Existen muchos elementos metodológicos comprometidos que deben ser tenidos en cuenta (Gregory, 2012): A menudo las muestras presentan criterios diagnósticos variables con puntos de corte en el PCL (que son diferentes: 30/40 en EEUU y de 25/40 en Europa) y, además, es frecuente que no se determine la existencia de TAP con o sin psicopatía³ (y hemos visto que no son dos conceptos que puedan asimilarse); a esto hay que añadir que en muchos estudios no se excluye la existencia concomitante de otras patologías (anteriormente eje I, como el trastorno esquizofrénico, que puede generar pérdida de sustancia gris en distintas zonas) y en su mayoría incluyen pacientes con patología dual (el consumo de sustancias induce una disminución de la sustancia gris en el CFO); tampoco se identifican diferencias de género (con muestras predominantes de varones) y es común a la mayoría la utilización de población reclusa o con antecedentes criminales, con lo que resulta difícil establecer si estamos hablando de sujetos con TAP o de sujetos violentos/criminales en general.⁴

Por otra parte, resulta imprescindible interpretar cuidadosamente los datos: sería erróneo equiparar la imagen cerebral funcional con el funcionamiento real del cerebro. Las pruebas cerebrales funcionales poseen limitaciones, tanto técnicas como en la relación entre la demanda metabólica y la actividad neuronal, que es escasamente entendida aún. Es indudable que la imagen cerebral proporciona un solo dato más entre las múltiples influencias relevantes para la comprensión de la conducta antisocial. Poco o nada se conoce aún con certeza acerca de la intrincada, compleja relación y mutua influencia entre factores genéticos, prenatales, endocrinológicos, culturales y económicos, entre otros, que sin duda generan una topoplastia cerebral específica.

Otros hallazgos relacionados, como la actividad monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria, posible indicador de conductas exteriorizantes (Cervera, 2001), o la relación del sistema serotoninérgico con la impulsividad o la agresión impulsiva, todavía no permiten establecer los mecanismos patogénicos íntimos. En todo caso la mayor parte de los estudios no permiten “una cadena de inferencia causal robusta que sustente las relaciones entre genes, ambiente y comportamiento antisocial” (Gallardo-Pujol, 2009).

En el modelo de desarrollo de los trastornos de la personalidad de Millon (1998), que se nos antoja inclusivo y ecléctico en muchos aspectos, se argumenta la concurrencia de diferentes “ingredientes” que, a menudo, pueden identificarse en la práctica y en la que coinciden, de una u otra forma, la mayor parte de los autores. De forma resumida, la personalidad antisocial sería el resultado de la adición dinámica de Factores Constitucionales (que condicionan la respuesta a estímulos, la

³ Distintos autores han sustentado sustratos biológicos diferentes en los psicópatas primarios y secundarios (más similares al TAP). En este sentido, los psicópatas primarios parecen tener un débil o insensible Sistema de Inhibición Conductual (BIS), que está asociado con miedo, inhibición conductual y conductas de evitación pasiva. Por otra parte, los psicópatas secundarios exhiben un exceso en el Sistema de Activación Conductual (BAS), que está asociado con el premio, la recompensa, la activación de conductas de acercamiento y evitación del dolor (Lykken, 1995).

⁴ No es posible traducir la actividad del CPF directamente en control de impulsos, por ello no puede afirmarse que su hipoactivación dé lugar a un descontrol violento o no, y lo mismo cabe aplicarse a la amígdala, capaz de activarse por múltiples estímulos... Cualquier afirmación categórica en ese sentido nos llevará de vuelta a la frenología y a la criminología lombrosiana. (Pustilnik, 2009).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

impulsividad, la inteligencia y el nivel de activación), sumados al Fracaso de la Socialización Familiar (por ejemplo: ausencia de reglas claras y consistentes en el marco de una atmósfera de apoyo cálido, negligencia, indiferencia o incluso hostilidad en el estadio sensorial de apego), interactuando con Experiencias Tempranas (como escuelas frías y permisivas sin alternativas que refuercen indirectamente o maltrato) y con la concurrencia posterior de Factores Sociológicos Secundarios (grupo de pares, desempleo, medio social desadaptado, etc.).

A la vista de este conjunto de datos, no parece que las modificaciones de la clasificación del TAP en el DSM-5 vayan a aportar, a corto plazo, elementos diferenciales significativos. Queda por demostrar si la agrupación de trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta muestra patrones patogénicos y fisiopatológicos comunes (que se pudieran correlacionar con el factor externalizante que los aúna), o si el abordaje dimensional del TAP clarifica este tipo de aspectos. De momento, sólo la identificación del constructo psicopatía, en congruencia con muchas de las investigaciones en el ámbito psiquiatría forense, parece aportar elementos de utilidad.

IMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS

"Despite valiant efforts, the treatment of antisocial personalities by mental health professionals has been an abysmal failure. The shortest chapter in a psychiatric book usually is the one on the treatment of psychopaths."

(A pesar de valientes esfuerzos, el tratamiento de las personalidades antisociales por los profesionales de la salud mental ha sido un fracaso abismal. El capítulo más corto de los libros de psiquiatría es aquel que trata del tratamiento de los psicópatas)

(Robert. I. Simon, 1996)

El trastorno antisocial es probablemente uno de los trastornos cuyo tratamiento sume a los profesionales en un pesimismo irreductible. Uno tras otro, los autores que tratan los aspectos terapéuticos señalan la dificultad de abordaje, en base a la inexistente demanda del paciente, a las dificultades de introspección y a la práctica imposibilidad de establecer una alianza terapéutica, siendo que el tratamiento se ve forzado por circunstancias externas en la mayor parte de los casos.

En la práctica, la mayor parte de las intervenciones terapéuticas se producen en el medio penitenciario y el paciente con TAP interviene en ellas con el único objetivo de obtener alguna ventaja. Pese al ruego de Cleckley en su capítulo al respecto (*A Plea for more than absent-treatment*)⁵, hay acuerdo en considerar que las terapias ambulatorias van a tener muy pocas posibilidades (sino ninguna), y las terapias en medios contenidos ponen a prueba la fortaleza del terapeuta para soportar el fracaso y la contratransferencia.

Sin embargo, una evaluación de los diferentes tipos dentro del espectro antisocial puede dar algunas oportunidades (Parellada, 2004): en los casos más graves (psicópatas primarios severos) el

⁵ Al mismo tiempo, Cleckley parafrasea al Médico de Macbeth (Shakespeare): *"This disease is beyond my practice"*.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

tratamiento psicoterapéutico puede considerarse ineficaz (el sujeto en todo caso pretende que el profesional remedie su situación, no que le trate), pero en otros (psicópatas secundarios, TAP moderados o conductas antisocial no propiamente TAP) es posible establecer un vínculo, o el paciente es susceptible, siempre que existan límites rígidos y claros, a la aplicación de medidas cognitivo-conductuales que se dirijan a reestructurar la relación impulso-acción. Otros autores (Millon, 1999) citan también la terapia interpersonal como posibilidad terapéutica en casos específicos.

Desde el punto de vista farmacológico (o psicofarmacológico), el tratamiento va a depender de la existencia o no de otros trastornos asociados (como el consumo de sustancias) o de otros síntomas relevantes (como la impulsividad) y es, a menudo, un tratamiento sintomático “que pretende modular” la conducta. En ese sentido se describe el uso de los ISRS, los estabilizadores (Lito, Carbamazepina, Valproato sódico y, menos frecuentemente, Lamotrigina o Gabapentina), antipsicóticos y betabloqueantes (Cervera, 2001). Pese a que el TAP agrava el pronóstico del trastorno adictivo asociado, a menudo éste es la única vía terapéutica de acceso al paciente. Cabría en todo caso preguntarse cuanto de objetivo terapéutico y cuanto de medida de control social hay en el abordaje actual del paciente con TAP, un tema, sin duda, controvertido.

Desde una perspectiva clínica, el DSM-5 poco aporta en el terreno terapéutico y, al menos de momento, las modificaciones no tienen gran impacto en la práctica cotidiana. Pero hay dos elementos que parecen ahora más claros y que pueden resultar de utilidad en un futuro: por una parte, el constructo psicopatía (psicopatía primaria) permite la identificación de los sujetos probablemente difíciles o francamente refractarios y, por ello, la identificación de otros TAP susceptibles de intervención; por otra parte, la estrecha relación, ahora aún más visible, entre el TAP y otros trastornos de conducta sugiere la necesidad de intervenciones precoces y medidas de prevención en colectivos de menor edad que, con frecuencia, acabarán “etiquetados” como “antisociales” con los años (Roth, 1990; Delgado, 1994). Los síntomas infantiles de trastorno conductual se han mostrado útiles en la predicción en la adaptación institucional en la edad adulta (Edens, 2014).

IMPLICACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES

“... The great majority of violence and mayhem in this world is done not by the mentally ill but by individuals and entire societies not considered to be sick, at least not by any known measure of mental illness... No competent psychiatrist is so arrogant as to think that human motivation and behavior can be fully explained by current medical and psychological theories”

(...la mayor parte de la violencia y el caos en este mundo no es llevado a cabo por los enfermos mentales sino por sujetos y sociedades enteras que no se consideran enfermos, al menos no mediante ninguna medida conocida de enfermedad mental... Ningún psiquiatra competente es tan arrogante como para creer que la conducta y la motivación humana pueden explicarse plenamente mediante las teorías psicológicas y médicas actuales)

(Robert Simon, 1996)

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Un aspecto añadido, en el que puede verse implicado el psiquiatra clínico y, con toda seguridad, el psiquiatra forense, tiene que ver con la criminalidad ligada a la presencia de un TAP. El psiquiatra puede verse en la necesidad/obligación de evaluar al sujeto y su capacidad en este marco. La asociación con el trastorno del control de impulsos y las sugerencias de disfunción cerebral pueden convertirse en terrenos salpicados de incertidumbre en cuanto a la responsabilidad. A este suelo resbaladizo colaboran algunas de las investigaciones de la moderna Neuroética, en el estudio de bases cerebrales de la conducta moral e incluso en el señalamiento de los “centros morales”, con la psicopatía y el TAP como objeto de estudio. En este marco no es raro que se hayan planteado cierto determinismo moral, basado en los hallazgos de neuroimagen, y que se haya sugerido el argumento de la limitación del funcionamiento psíquico debido a perturbaciones neurológicas (Ruiz, 2009), ante la que los abogados defensores pueden “frotarse las manos”.

Para entender la improcedencia de este tipo de asociación, se hace necesario tener en cuenta que las correlaciones entre función cerebral y conducta criminal o la violencia son imperfectas: la realidad es que nos encontramos muchas veces criminales sin ningún hallazgo cerebral significativo y sujetos con patrones lesiones o disfuncionales que no exhiben conducta criminal (añadiría que confundir correlación y causalidad es un error común). En este sentido, tan inapropiado como esperar una completa localización genética de la criminalidad sería contemplar una completa ubicación neurológica, entendiendo que la imagen cerebral (funcional o no) sólo proporciona uno de los posibles datos acerca de las múltiples influencias que pueden generar un comportamiento antisocial. Por tanto, las imágenes cerebrales no deben crear expectativas de evidencia en el marco de las decisiones legales, pese a su espectacularidad, puesto que sólo generan explicaciones post hoc (Mobbs, 2007)⁶. Acerca de las complejas relaciones entre la ley y las neurociencias ha reflexionado la *Presidential Commission for The Study of Bioethical Issues* (2015), señalando las significativas limitaciones actuales y los riesgos de su utilización indiscriminada. Describe asimismo el notable incremento en los últimos años de las alegaciones basadas en hallazgos neurobiológicos por parte de los abogados defensores en causas criminales, así como la necesidad de una formación específica en jueces y jurados que conjure la influencia de argumentos e imágenes de enorme atractivo, cuya significación real en cuanto a establecer correlaciones causales está todavía por demostrar. Se sugieren diferentes recomendaciones en las que hay que destacar la necesaria implicación de las sociedades científicas y los grupos de investigación en la clarificación de los elementos de evidencia que adquieren validez en el marco judicial.

La necesidad de comprender el hiato entre ciencias biomédicas y ley, en cuanto a lenguaje, objetivos y metodología es algo a considerar, y es donde deben ubicarse los peritos como “correa de transmisión” en la aplicación prudente de los principios y conocimientos científicos a la hora de responder a los requerimientos de la autoridad judicial. En este sentido, la formación específica de los profesionales en la actividad pericial, al tiempo que la suficiencia científica en la especialidad, parecen requisitos imprescindibles. En el asesoramiento a la autoridad judicial, fin último de la actividad pericial, el diagnóstico es una mera etiqueta que carece de sentido si no se produce, además, lo que es en esencia la labor del perito: establecer el nexo entre los elementos psicopatológicos y el elemento jurídico (sea penal, civil o de cualquier otra índole).

⁶ El propio Gazzaniga afirmaba: “Ningún píxel en un cerebro podría mostrar culpabilidad o no culpabilidad” (citado por Mobbs).

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En el marco de responsabilidad se valoran elementos de estado de conciencia, intencionalidad y *mens rea* (estado mental), no se trata de abordar la presencia o ausencia de libre albedrío, que debe presuponerse. En palabras de Morse (2008): “Es importante entender que las causas biológicamente determinadas, incluso aquellas que emergen del funcionamiento cerebral, no plantean retos metafísicos a la responsabilidad, ni nuevos ni mayores que las causas no-biológicas o sociales. Los seres humanos no necesariamente tienen mayor control sobre variables sociales o psicológicas que sobre variables biológicas”. El concepto que subyace es que el ser humano no se reduce a funcionamiento cerebral y, por tanto, tampoco la mente se reduce a redes neuronales. El reduccionismo biologicista en la comprensión de los trastornos de la personalidad es, probablemente, tan erróneo como el reduccionismo psicologicista o el sociológico y, sin una reflexión adecuada, puede trasladarnos nuevamente a las viejas (y vergonzosas) épocas de la frenología o de la aplicación de las teorías lombrosianas.

Y es por ello que, pese a los hallazgos neurofuncionales, en la mayor parte de los casos, los sujetos con TAP o psicopatía son considerados responsables, y que los más recientes hallazgos o las modificaciones clasificatorias no aportan elementos sustanciales que permitan una valoración diferente. Ello no es óbice para que podamos esperar, en los próximos años, informes de perito que subrayen los elementos de disfunción cerebral o el papel de la impulsividad en la explicación de la génesis de las conductas en algunos trastornos de la personalidad.

En el pronóstico legal, por decirlo de algún modo, sí debe valorarse el hecho de que existen datos de una correlación positiva entre las puntuaciones del PCL-R y la probabilidad de recidiva criminal (Hare, 2006), lo que puede resultar útil evolutivamente.

“Because agency and responsibility are so central to our interpersonal and moral lives, so central to our conception of ourselves, and so tied to notions of dignity and autonomy, I hope that we will always have reason to reject the view that we are not agents and responsibility is impossible”.

(“Dado que el libre albedrío y la responsabilidad son esenciales en nuestra vida moral e interpersonal, esenciales en nuestra concepción de nosotros mismos y se relacionan estrechamente con conceptos como dignidad y autonomía, espero que siempre tengamos razones para rechazar la perspectiva de que no somos libres y de que la responsabilidad es imposible”)

Stephen J Morse, 2008

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

TABLAS

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOPATÍA SEGÚN CLECKLEY (1941)

ÁREA EMOCIONAL / INTERPERSONAL	ESTILO DE VIDA
<p>Encanto superficial y notable inteligencia</p> <p>Ausencia de delirios/pensamiento irracional</p> <p>Ausencia de nerviosismo o manifestaciones psiconeuróticas</p> <p>Falta de fiabilidad</p> <p>Falsedad y Mentira</p> <p>Ausencia de remordimiento o vergüenza</p> <p>Egocentrismo e incapacidad de amar</p> <p>Pobreza en la reacciones afectivas</p> <p>Falta de insight</p>	<p>Conducta antisocial inadecuadamente motivada</p> <p>Juicio pobre e incapacidad para aprender de la experiencia</p> <p>Conducta fantástica con o sin consumo de sustancias</p> <p>Amenazas suicidas raramente llevadas a cabo</p> <p>Irresponsabilidad en las relaciones personales</p> <p>Vida sexual impersonal, trivial y pobremente integrada</p> <p>Incapacidad para llevar a cabo planes vitales</p>

TABLA 2: DSM-I. APA 1952

PERSONALITY DISORDERS
<ul style="list-style-type: none"> • Personality pattern disturbance <ul style="list-style-type: none"> ◦ Inadequate personality ◦ Schizoid personality ◦ Cyclothymic personality ◦ Paranoid personality • Personality trait disturbance <ul style="list-style-type: none"> ◦ Emotionally unstable personality ◦ Passive-aggressive personality ◦ Compulsive personality ◦ Personality trait disturbance, other • Sociopathic personality disturbance <ul style="list-style-type: none"> ◦ Antisocial reaction ◦ Dissocial reaction ◦ Sexual deviation. Specify ◦ Addiction <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcoholism ▪ Drug addiction

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

TABLA 3: DSM-IV TR (2001)

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (DSM-IV TR)	
A.	Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
B.	El sujeto tiene al menos 18 años.
C.	Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
D.	El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

TABLA 4: CIE-10 (1992)

TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (CIE-10)
<p>Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía. • Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales. • Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas. • Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento. • Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo. • Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo. <p>Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la</p>

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye:

- Trastorno de personalidad sociopática.
- Trastorno de personalidad amoral.
- Trastorno de personalidad asocial.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

- Trastornos disociales (F91.-).
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).

TABLA 5: ELEMENTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD (DSM-5.SECCIÓN III)

Self:

1. Identidad: Experiencia de uno mismo como único, con límites claros del yo, autoestima y capacidad de autoevaluación.
2. Autodirección: Persecución de metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida, normas internas constructivas y prosociales, autorreflexión productiva.

Interpersonal:

1. Empatía: Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de otros, tolerancia, discernir los efectos de la propia conducta en otros.
2. Intimidad: Profundidad y duración de la relación con los demás, deseo y capacidad de cercanía, reciprocidad.

TABLA 6: DOMINIOS Y FACETAS DE LOS RASGOS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (DSM-5. SECCIÓN III)

DOMINIOS	FACETAS
Afecto Negativo (frente a estabilidad emocional)	Inestabilidad emocional Ansiedad Inseguridad de separación Sumisión Hostilidad Perseverancia Depresión Desconfianza Afecto restringido (carencia)
Desapego (frente a extraversión)	Evitación Evitación de la intimidad Anhedonia

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

	Depresión Afecto restringido Suspiciacia
Antagonismo (frente a amabilidad)	Manipulación Falsedad Grandiosidad Búsqueda de atención Insensibilidad Hostilidad
Desinhibición (frente a escrupulosidad)	Irresponsabilidad Impulsividad Distraibilidad Asunción de riesgos Perfeccionismo rígido
Psicoticismo (frente a lucidez)	Creencias y experiencias inusuales Excentricidad Desregulación cognitiva y perceptiva

TABLA 7: DIFERENCIAS TAP-PSICOPATÍA (REID, 2003)

TAP (DSM-IV TR)	PSICOPATÍA (CLECKLEY, HARE, ETC.)
<p>A. Criterios amplios, inclusivos</p> <p>B. Acercamiento fenomenológico basado fundamentalmente en las consecuencias visibles del comportamiento disocial (conducta)</p> <p>C. Focalizado en comportamientos y aspectos antisociales</p>	<p>A. Criterios estrictos, estrechos, más graves, con mayor reflejo en la criminalidad grave</p> <p>B. Acercamiento centrado en los déficits de personalidad, basado fundamentalmente en la dinámica personal (quizá también los déficits cerebrales) y de relación interpersonal</p> <p>C. Incluye características de otros TP, especialmente Clúster B y trastorno paranoide</p>

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

TABLA 8: DSM-5. GRUPO DE NUEVA CREACIÓN

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA
Trastorno negativista desafiante Trastorno explosivo intermitente Trastorno de conducta Trastorno de personalidad antisocial Piromanía Cleptomanía Otro No especificado

TABLA 9: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PROTOTIPO ANTISOCIAL (MILLON, 1999)

NIVEL COMPORTAMENTAL	NIVEL FENOMENOLÓGICO	NIVEL INTRAPSÍQUICO	NIVEL BIOFÍSICO
Expresivamente impulsivo Interpersonalmente Irresponsable	Cognitivamente desviado Autoimagen autónoma Representaciones objetales degradadas	Mecanismo de Impulsividad-Actuación Organización indisciplinada	Estado de ánimo insensible

TABLA 10: PCL-R: FACTORES E ÍTEMS (HARE 2003)

FACTOR 1: PERSONALIDAD		FACTOR 2: CONDUCTA	
Interpersonal	Afectivo	Estilo de Vida	Antisocial
Locuacidad-Encanto superficial Grandioso sentimiento de autovalía Mentira patológica	Ausencia de remordimiento o culpa Afecto superficial Crueldad, falta de empatía No acepta la	Búsqueda de estimulación Impulsividad Irresponsabilidad Estilo de vida parásito	Escaso autocontrol Problemas conductuales precoces Delincuencia juvenil Revocación de la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Manipulación	responsabilidad	Ausencia de metas realistas	libertad condicional
			Versatilidad criminal
Ítems adicionales externos a los factores (pero que contribuyen al puntaje final en el PCL):			
Conducta sexual promiscua			
Relaciones de pareja breves y múltiples			

BIBLIOGRAFÍA

Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analysis study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.

Andrews, D.A. y Bonta, J. (1994). *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati, Ohio: Anderson Publishing Co.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana.

Barcia, D. (2003). Historia del concepto y desarrollo de la noción de psicopatías (personalidad antisocial). En: Rubio Larrosa, V. y Pérez Urdániz, A. (eds.). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier.

Berrios, G.E. (1993) Personality disorders: a conceptual history. En: Tyrer, P., y Stein, G. (eds.). *Personality Disorder Reviewed*. Londres; Gaskell. The Royal College of Psychiatrists.

Buzina, N. (2012). Psychopathy. Historical controversies and new diagnostic approach. *Psychiatria Danubina*, 24 (2), 134-142.

Cervera, G., Rubio, G., Haro, G., Bolinches, F., De Vicente, P., y Valderrama, J.J. (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 3 (1), 3-10.

Cleckley, H. (1955). *The Mask of Sanity* (3ª ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Delgado, M., González, A., Moreno, A., Pérez, E., Ponte, N., Sierra, A.C. (1994). ¿Locos o Malos? Una revisión del trastorno de la personalidad antisocial o disocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XIV (51), 611-632.

Echeburúa, E., Salaberriá, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32 (1), 65-74.

Edens, J.F., Kelley, S.E., Lilienfeld, S.O., Skeem, J.L. y Douglas, K.S. (2014). DSM-5 Antisocial Personality Disorder: Predictive Validity in a Prison Sample. *Law and Human Behaviour*. <http://dx.doi.org/10.1037/lhb0000105>.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Frances, A., First, M.B. y Pincus, H.A. (1997). *DSM-IV: Guía de Uso*. Barcelona: Masson.

Gallardo-Pujol, D., Forero, C.G., Maydeu-Olivares, A., y Andrés-Pueyo, A. (2009). Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones fenotipo-ambiente. *Rev Neurol*, 48 (4), 191-198.

García-Pablos de Molina, A. (2003). *Tratado de Criminología*. Valencia: Ed. Tirant Lo Blanc.

Graig, M.C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R., Daly, E., Kanaan, K., Pichoni, M., McGuire, P.K., Fahy, T., y Murphy, D.G. (2009). *Mol Psychiatry*, 14 (10), 946-953.

Grinker, R.R. (2010). The five lives of the psychiatric manual. *Nature*, 468, 168-170.

Hare, R.D., Hart, S.D. y Harpur, T.J. (1991): Psychopathy and the DSM-II Criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 391-398.

Hare, R.D. (2006). Psychopathy: a clinical and forensic overview. *Psychiatr Clin North Am*, 29, 709-724.

Hare, R.D. y Neuman, G.S. (2008). Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 217-246.

Hicks, B.M., Markon, K.E., Patrick, C.J., Krueger, R.F., y Newman, J.P. (2004). Identifying Psychopathic Subtypes on the Basis of Personality Structure. *Psychological Assessment*, 16 (3), 276-288.

Holguín, T.E., y Palacios, J.J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 37(1), 83-91.

Juárez, M., Kiehl, K.A., y Calhoun, V.D. (2013). Intrinsic limbic and paralimbic networks are associated with criminal psychopathy. *Hum Brain Mapp*, 34 (8), 1921-1930.

Kendler, K., Prescott, C., Myers, J., y Neale, M. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance abuse disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 929-937.

Kernberg, O.F. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Ed. El Manual Moderno.

Lolas, F., Martin-Jacod, E., y Vidal, G. (1997) *Sistemas Diagnósticos en Psiquiatría: Una Guía comparativa*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Lykken, D.T. (1995). *The Antisocial Personalities*. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lynam, D.R. y Vachon, D.D. (2012). Antisocial Personality Disorder in DSM-5: Missteps and Missed Opportunities. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 4 (3), 483-495.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

- Millon, T. (1998). *Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Mobbs, D., Lau, H.C., Jones, O.D. y Frith, C.D. (2007). Law, Responsibility and the Brain. *PLoS Biology*, 5(4), 693-700.
- Morgan J.E., Gray, N.S. y Snowden, R.J. (2011). The relationship between psychopathy and impulsivity: A multi-impulsivity measurement approach. *Personality and Individual Differences*, 51 (4), 429-434.
- Morse, S.J. (2008). Determinism and the Death of Folk Psychology: Two Challenges to Responsibility from Neuroscience. *Minn JL Sci & Tech*, 9(1), 1-36.
- Neuman, C.S., Kosson, D.S., Forth, A.E., y Hare, R.D. (2006). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version in incarcerated adolescents. *Psychol. Asses.*, 18, 142-154.
- Parellada, M.J., Moreno, D., y Arango, C. (2004). Trastorno antisocial de la personalidad. En: Roca, M. (ed.) *Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- Pérez, P.R. (2012). The aetiology of psychopathy: a neuropsychological perspective. *Agression and Violent Behaviour*, 17, 519-522.
- Pichot, P. (1983). *Un siglo de psiquiatría*. Paris: Editions Roger Dacosta.
- Poythress, N.G., y Hall, J.R. (2011). Psychopathy and impulsivity reconsidered. *Agression and Violent Behaviour*, 16, 120-134.
- Presidential Commission for The Study of Bioethical Issues (2015). *Gray Matters: Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics, and Society*. Vol. 2. http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf.
- Pustilnik, A.C. (2009). Violence on the Brain: A Critique of Neuroscience in Criminal Law. *Wake Forest L. Rev.*, 44, 183-237. <http://ssrn.com/abstract=1114250>
- Ramos, A.J., Vázquez-Barquero J.L., y Herrera Castanedo, S. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médico*, 11(1), 24-35.
- Reid, W.H., y Ruiz-Sweeney, M.S. (2003). Antisocial personality, psychopathy and forensic psychiatry. En: Rosner, R. (ed.). *Principles and Practice of Forensic Psychiatry (2ª ed.)*. Boca Raton FL: CRC Press.
- Rosselló, J., Revert, X. (2010). El psicópata: una mente amoral tras la máscara de la cordura. En Trapero, P. (coord.). *Dexter: Ética y Estética de un asesino en serie*. Barcelona: Laertes.
- Roth, M. (1990). Psychopathic (sociopathic) personality. En: Buglass, R. Y Bowden, P. (eds.) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. London: Churchill Livingstone.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Ruiz, F. (2009). Libre albedrío y neurociencias. *Psiquiatría.com*, 13(3).

Sánchez, P. Y Elizagárate, E. (2013). Impulsividad. En: Eguiluz, I., y Segarra, R. (eds.). *Introducción a la Psicopatología*. Madrid: Editorial Panamericana.

Sandín, B. (2013). DSM-5 ¿Cambio de paradigma en las clasificaciones de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.

Selborn, M. (2013). Personality disorders in the DSM-5 and beyond. <http://www.apadivisions.org/division-18/publications/newsletters/gavel/2013/07/personality-disorders.aspx>

Sethi, A., Gregory, S., Dell'Acqua, F., Periche, E., Simmons, A., Murphy, G.G., Hodgins, S., Blackwood, N.J., y Craig, M.C. (2014). Emotional detachment in psychopathy: involvement of dorsal default-mode connections. *Cortex*, 12, 35-41.

Seva Díaz, A. (2003). Evolución del concepto trastorno de la personalidad y su influencia sobre el estado actual del problema. En: Rubio Larrosa, V. y Pérez Urdániz, A. (eds.) *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier.

Simon, R.I. (1996). *Bad Men Do What Good Men Dream*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Snowden, R.J., y Gray, N.S. (2011). Impulsivity and psychopathy: associations between the Barrett Impulsivity Scale and the Psychopathy Checklist Revised. *Psychiatry Res.*, 187 (3), 414-417.

Suárez, M. (2012). Neurociencias, Neuroética y Psiquiatría. *Debates en Psiquiatría*. Set/Out, 6-12.

Widiger T.A., y Trull, J. (2007) Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71-83.

Análisis psiquiátrico-forense de los trastornos del control de los impulsos

JULIO ANTONIO GUIJA VILLA

INTRODUCCIÓN

La aproximación al trastorno del control de los impulsos desde la vertiente psiquiátrico-forense tiene su relevancia en los fundamentos psíquicos-biológicos sobre los que se asienta el concepto de la imputabilidad (desde la perspectiva penal) *“conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellas”* (Gisbert-Calabuig, 2004). De igual modo si desde la perspectiva civil nos acercamos al concepto de capacidad podemos determinar los elementos que la integran desde la perspectiva psíquica de acuerdo a Kraft-Ebing, citado por Gisbert-Calabuig y plenamente vigentes en la actualidad:

- 1.- Suma de conocimientos acerca de los derechos y deberes sociales y de las reglas de la vida en sociedad.
- 2.- Un juicio suficiente para aplicarlos.
- 3.- La firmeza de voluntad precisa para inspirar una libre decisión.

En consecuencia, tanto en la jurisdicción penal como en la civil, lo que se solicita del perito psiquiatra es que informe sobre la capacidad para tomar una decisión y llevarla a cabo, planteándose en el trastorno del control de los impulsos (TCI) la siguiente cuestión: ¿Se produce una afectación en la capacidad de la persona para actuar libremente con plena conciencia y voluntad del hecho que lleva a cabo? Para contestar a ello, debemos realizar un acercamiento al concepto psiquiátrico de este trastorno.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRATORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS.

-Matthey propuso la primera clasificación de los trastornos de la voluntad (Berrios, 2008). Las *Pathomanies* eran “perversiones de la voluntad y de las inclinaciones naturales **sin un deterioro obvio de las funciones intelectuales**”. Las subdividía en cuatro especies. “Las impulsiones sin locura (*fureur sans délire*) eran **“impulsos involuntarios** de cometer actos de ferocidad o de ira, sin

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

locura”; “la *uiphobie* era la “**irresistible** aversión o antipatía contra los propios hijos”; la *kleptomanie* era “el **irresistible impulso** de robar sin ser pobre o de incurrir en actos vergonzosos” y la *mélancolie suicide* era la “tendencia al suicidio **sin locura**”.

-Esquirol en el siglo XIX introduce el término monomanía y la considera como “enfermedad cerebral crónica, sin fiebre, caracterizada por una lesión ya fuera ésta de la inteligencia, del afecto o de la voluntad”, dando origen respectivamente a la *monomanie intellectuel, affective e instictive*. La “*monomanía instintiva*”: engloba **actos sin motivo** como respuesta a **impulsos irresistibles** que se presentan de forma **instintiva, involuntaria**”. En principio incluía el alcoholismo, la piromanía, y el homicidio impulsivo. Más tarde, incluyó la cleptomanía.

-Kraepelin en 1913 pone en relación la psicopatología, antes designada con su concepto de locura impulsiva.

-K. Schneider en 1950: tras su descripción de las personalidades psicopáticas, describe los tipos en los que la impulsividad es característica como son la dipsomanía, la dromomanía, la cleptomanía y la piromanía”.

-Gruhle (1930), incorporando el término psicópatas realiza una descripción del “psicópata epileptoide: sujetos libres de ataques que muestran las características psicopatológicas propias de la constitución epiléptica, en especial la explosividad, la intolerancia al alcohol, la tendencia a veces periódica a distimias a base de irritabilidad, y **las crisis impulsivas** en forma de fugas, robos incendios, excesos alcohólicos, tentativas de suicidio y otros actos criminales”.

-Bleuler M. (1967) habla de *compulsiones reactivas* “pues en su mayoría se han revelado como trastornos neuróticos”. Otras etiologías: enfermedades cerebrales orgánicas, epilepsia, disposiciones psicóticas y psicopáticas. No existen otros comportamientos antisociales.

Como se ha visto hasta ahora, se señala como elemento nuclear de estos trastornos a la **impulsividad** sin realizar mención a conciencia ni cognición. Por ello, resulta llamativo el comentario de Alonso-Fernández (1976): “un estrechamiento patológico del campo de la conciencia se produce también en los actos impulsivos, especialmente en los impulsos repetidos sistemáticamente a escapar (dromomanía), quemar (piromanía), beber (dipsomanía) y otros”. Introduce el término “estrechamiento de conciencia” en algunos casos de impulsos repetidos con las consecuencias que ello conllevaría desde la perspectiva psiquiátrico-forense.

En definitiva, las características que representan al trastorno de los impulsos en la literatura son: impulsividad, irresistibilidad, ausencia de motivo, no afectación de la conciencia.

En la actualidad, se reconoce a la impulsividad el elemento nuclear del trastorno del control de los impulsos, es decir la presencia de impulsos irresistibles a realizar un acto a la vez gratificante y perjudicial para el individuo. No obstante, aquí habría que diferenciar qué es lo primordial: ¿una impulsividad elevada o una dificultad para inhibir o resistir la tentación de llevar a cabo el citado acto? Así Kocka y Gagnon (2014), consideran que bajo el término impulsividad subyacen conceptos estrechamente relacionados como son *tendencias* que forman parte de la personalidad y que se expresan en conductas (como es la propia impulsividad y la búsqueda de sensaciones) y **funciones**

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

ejecutivas que se sitúan en el plano de los procesos cognitivos, como serían el déficit en la inhibición y el déficit en la regulación de la conducta.

Como vemos, esta disquisición, no sólo tiene su importancia desde la perspectiva del tratamiento sino también desde la óptica psiquiátrico-forense, pues introduce un elemento decisivo: lo cognitivo, no quedando reducido el problema de la impulsividad a la voluntad. Por tanto, en un principio, se encontraría afectada una de las bases de la voluntad: la capacidad de conocer y no quedaría limitada a lo que tradicionalmente se ha entendido en el trastorno del control de los impulsos: la exclusiva afectación de la capacidad de querer. Al respecto de esta reflexión, es conveniente realizar lectura de la completa revisión que realiza la Profesora Franco acerca de las bases neuroanatómicas y funcionales de la impulsividad en esta monografía dedicada al trastorno del control de los impulsos.

TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS EN EL MOMENTO ACTUAL

Sería conveniente señalar que cuando en Psiquiatría nos referimos al concepto de impulsividad, lo entendemos en un sentido amplio y se utiliza como elemento fundamental en determinados trastornos como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial o el trastorno de hiperactividad en la infancia.

También existe impulsividad en otras situaciones como el suicidio, la agresión del paciente psicótico o la desinhibición del maníaco; sin embargo, se entiende que van acompañadas de otras manifestaciones psicopatológicas que jerárquicamente se consideran primarias y la impulsividad será un elemento secundario al anterior. Por ello se diagnostican en función del elemento nuclear que hemos llamado primario.

Con las premisas anteriores, podemos establecer que las características de estos trastornos vendrían determinadas por (Carrasco et al. 2010):

- Dificultad recurrente para controlar un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás.

- El individuo puede o no resistir conscientemente el impulso, y puede o no planear la acción.

- Sensación de tensión creciente en forma de malestar emocional inmediatamente antes de ejecutar la acción.

- Bienestar, gratificación o liberación en el momento de realizar la conducta aunque puede generar después sentimientos negativos como remordimientos y autorreproches cuando se valoran sus consecuencias.

No obstante, esta aparentemente clara distinción, es discutida por la DSM 5 estableciendo una cercanía entre el trastorno del control de los impulsos, el espectro obsesivo-compulsivo, y los trastornos adictivos. Es lo que ha llevado a sacar de los TCI a, por ejemplo, la tricotilomanía y llevarlo a lo obsesivo-compulsivo o el juego patológico a lo adictivo. Así, basado en similitudes

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

fenomenológicas entre las conductas impulsivas y obsesivas por un lado, y la respuesta a tratamientos similares por otro, se ha postulado la hipótesis de que los trastornos caracterizados por la impulsividad se situarían en un *continuum* cuyos extremos estarían representados por la compulsión, cuyo objetivo sería la reducción de la ansiedad y el malestar, y la impulsión, que perseguiría la obtención del placer, activación y gratificación (Carrasco, et al.).

En consonancia con esta similitud entre diferentes categorías recogidas en la CIE -10 y en la DSM-IV-TR, la DSM 5 incluye en un mismo capítulo los “Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta”, puesto que tienen como elemento común el manifestarse por problemas en el **autocontrol del comportamiento y las emociones**. Se manifiestan en conductas que violan los derechos de los demás (agresión, destrucción de la propiedad entre otras) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad. La diferencia esencial entre los que constituyen el TCI y el resto del capítulo es el placer o gratificación (no económico) que obtiene el paciente una vez realizada la conducta.

1. Trastorno explosivo intermitente.

En algunas personas pueden aparecer episodios aislados de violencia sin otras manifestaciones psicopatológicas que cumpliendo unas características concretas, serán diagnosticas como Trastorno explosivo intermitente de acuerdo a DSM 5.

Se caracteriza clínicamente por la presencia de arrebatos agresivos impulsivos (o basados en la ira) que tiene **inicio rápido y escaso o nulo período prodrómico**. La duración suele ser menor a los 30 minutos y como característica esencial es la falta de control del comportamiento agresivo impulsivo en respuesta a una provocación experimentada subjetivamente (factor estresante psicosocial) que no produciría normalmente un arrebato agresivo. Estos arrebatos agresivos son generalmente impulsivos basados en la ira, más que premeditados o instrumentales, asociándose un significativo malestar y deterioro en el funcionamiento psicosocial.

Señalar que la prevalencia en Estados Unidos es de aproximadamente el 2,7% de la población y que la agresión puede ser física o verbal, constituyendo esta última una innovación pues no se encontraba recogida en anteriores clasificaciones. Finalmente, como es habitual, hay que excluir aquellas causas que puedan producir una sintomatología similar, ya sean de tipo psíquico (p.ej. trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), médico somático (p.ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), efectos fisiológicos de alguna sustancia (tóxicas o medicamentosa).

2. Cleptomanía

Las primeras descripciones datan del siglo XIX. Esquirol señalaba como característica que “la conciencia de los individuos no se encontraba alterada”, incluyéndola dentro de sus monomanías. Kraepelin situó la cleptomanía entre los impulsos patológicos y Bleuler entre los impulsos reactivos señalando que no tenía por qué asociarse a conductas de tipo antisocial.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Presenta una prevalencia escasa en población general (0,3-0,6%), siendo más elevada en los individuos detenidos por robar en tiendas (4-24%). De acuerdo al DSM 5, la característica principal es la reiterada imposibilidad de resistir el impulso de robar objetos, aunque éstos no sean necesarios ni para su uso personal ni por su valor monetario, experimentando un aumento de la sensación subjetiva de tensión antes de cometer el robo, sintiendo placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo. El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni se realiza en respuesta a un delirio o a una alucinación, ni se explica mejor por un trastorno de conducta, episodio maniaco ni trastorno de la personalidad antisocial. Por ello, hay que realizar el diagnóstico diferencial con:

- Los robos recurrentes de carácter deliberado en los que el objetivo de la conducta es el objeto robado.

- Los robos secundarios a otro trastorno mental de los anteriormente señalados.

La CIE-10 realiza una aproximación similar y señala como criterios diagnósticos la presencia de dos o más episodios de robo aparentemente no motivados por una ganancia para sí mismo ni para otra persona junto con la presencia del imperioso impulso para robar, precedido de tensión.

Se ha considerado a la cleptomanía como un trastorno en el que confluye tanto lo compulsivo como lo impulsivo. La mayoría de los pacientes refieren placer al robar y la excitación previa al hecho. No obstante, ello es diferente al acto compulsivo que conlleva al displacer. Consideran el hecho erróneo y vergonzoso aunque siempre de forma posterior al acto. La conducta se suele llevar a cabo en solitario y por lo general en tiendas y grandes almacenes. El malestar que conlleva el robo a posteriori, provoca con frecuencia sentimientos de abatimiento, ansiedad y temor a ser descubierto llevando con frecuencia a síntomas depresivos relacionados con su conducta.

3. Piromanía

De acuerdo al DSM 5, la característica principal es la presencia de varios episodios de provocación deliberada e intencionada de incendios en un contexto de tensión o excitación afectiva antes de la provocación del mismo. Se acompaña de fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto, así como placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias.

El objetivo del incendio no es la obtención de un beneficio económico, ni es la expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio o alucinación, ni como resultado de una alteración del juicio (p.ej., trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual, intoxicación por sustancias).

La CIE 10 establece como pauta para el diagnóstico la conducta repetida de prender fuego sin motivación, el interés en observar la combustión y el binomio activación-liberación propio de los trastornos del control de impulsos.

El pirómano puede realizar múltiples preparativos antes de realizar el incendio, dar falsas alarmas de fuego e incluso buscar trabajo como bombero. Todo lo referente al fuego le atrae e interesa,

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

produciéndole especial fascinación la combustión del fuego y el despliegue de medios que un incendio conlleva.

Hay que realizar el diagnóstico diferencial con:

-Incendios que responden a una motivación como pudiera ser obtener un beneficio económico, realizar un sabotaje, venganza, cólera o expresión de ideas sociopolíticas.

-La atracción normal que el fuego produce en la infancia y que de forma fortuita pudiera resultar en incendio.

-Incendios provocados en el contexto de otros trastornos del comportamiento (robos, agresiones, fugas, etc.) y que generalmente se asocian a un trastorno antisocial de la personalidad.

-Incendios que se asocian a otros trastornos psiquiátricos como el secundario a ideación delirante o alucinaciones auditivas de un esquizofrénico, a trastornos afectivos y principalmente a episodios maníacos, a trastornos mentales orgánicos con deterioro del juicio y a retraso mental.

La prevalencia como diagnóstico primario es escasa; en una muestra de personas que llegaron al sistema penal por provocar incendios repetidamente, sólo el 3,3% tenía síntomas que cumplieran todos los criterios de la piromanía. Es más habitual en varones y empieza comúnmente en la adolescencia.

4. Juego patológico

Ya se ha señalado en su momento la proximidad que las diferentes evidencias ponían de manifiesto, entre los trastornos del control de los impulsos, las adicciones y el espectro obsesivo-compulsivo. Fiel a este planteamiento, el juego patológico, tradicionalmente considerado dentro del capítulo de los TCI, ha sido trasladado en la DSM 5 al de adicciones, dado que los trastornos por juego activan los sistemas de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque éste produce síntomas conductuales similares a los trastornos por consumo de sustancias. Es la primera de las llamadas adicciones conductuales que pasa a formar parte de esta categoría. Otras, como la adicción a Internet o a las compras, se quedan en el apéndice de “propuestas para el estudio”:

Apostar implica arriesgar algo de valor con la esperanza de obtener algo de mayor valor aún. En muchas culturas, las personas participan en juegos y apuestas, (cartas, máquinas recreativas, loterías, bingos, etc.) y la mayoría lo hace sin experimentar problemas. Sin embargo, algunos individuos desarrollan un deterioro sustancial relacionado con su conducta de juego, siendo la característica esencial un comportamiento disfuncional recurrente y persistente de juego que interrumpe las actividades personales, familiares y/o ocupacionales.

Los criterios diagnósticos DSM 5 son:

4.1 Juego patológico problemático 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:

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

- Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
- Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
- Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
- A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
- A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
- Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas).
- Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
- Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
- Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

4.2. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco.

Las diferencias con el DSM-IV-TR debemos encontrarlas en que se baja el umbral para ser diagnosticado el trastorno: se necesitan un mínimo de 4 ítems y anteriormente el mínimo eran 5. Por otro lado, se ha eliminado el criterio "Cometen actos ilegales como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego".

Como puede apreciarse, los ítems se encuentran próximos a los de los conocidos de los trastornos adictivos. No obstante, la CIE-10 añade algunas puntualizaciones que hace encontrarse más próximo al tradicional "trastorno por control de los impulsos":

- El sujeto describe la presencia de un impulso intenso a jugar que no puede controlar con su sola voluntad.
- El sujeto no tiene provecho económico y se reitera a pesar de los efectos nocivos en los planos financiero, laboral y de los propios valores y relaciones personales.

En el trastorno suelen identificarse cuatro fases evolutivas:

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-Fase de ganancia: se ha producido alguna ganancia importante que ha promovido la conducta de juego. A continuación:

-Fase de pérdida: las pérdidas comienzan a acumularse llevando a intentos desesperados por recuperar lo perdido. Ello conlleva a:

-Fase de apresamiento en la que el paciente juega cantidades cada vez mayores en un intento de recuperar las pérdidas que a su vez son también mayores.

-Fase de desesperación, en la que los problemas sociales, laborales y personales llevan al sujeto a demandar ayuda médica. (López-Ibor et al. 1995).

Se trata, tal vez, del trastorno por control de impulsos que presenta mayor comorbilidad, especialmente, con los trastornos del humor y los trastornos por abuso de alcohol y los trastornos de personalidad. El trastorno por juego se asocia también a una mala salud general, presentándose algunos diagnósticos médicos con mayor frecuencia que en población general tales como la angina de pecho y la taquicardia.

EL TRASTORNO DE CONDUCTA

De entrada hay que señalar que no se trata de un trastorno del control de los impulsos propiamente dicho aunque en el DSM 5 se haya incluido en el capítulo de los “trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta”. Se trata de un diagnóstico en el que existen problemas de la regulación conductual y emocional y concretamente en el control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros o que violan normas sociales fundamentales. Esos síntomas conductuales pueden ser el resultado del **control deficiente de emociones como la ira y pueden coexistir con hechos que no tienen tal carácter de impulsividad sino que se realizan deliberadamente.**

El hecho de traer este trastorno a colación se basa en que el diagnóstico se realiza fundamentalmente en población adolescente y ya con responsabilidad penal (a partir de los 14 años), lo que motivará el reconocimiento psiquiátrico, diagnóstico en su caso, y las consecuencias psiquiátrico forenses que conlleve. Entre éstas, vendrá dada la posibilidad de ingreso en centro para menores con estas características (aún sin realizar acto delictivo) como más adelante veremos.

Viene definido en el DSM 5 por los siguientes criterios:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquiera de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo...).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Vemos que existe una combinación de conductas que presentan más carácter impulsivo, especialmente las relacionadas con la agresión a personas y animales, con otras que tiene la cualidad de deliberadas como son la destrucción de la propiedad, el engaño o robo y el incumplimiento grave de las normas.

CUESTIONES PSIQUIÁTRICO FORENSES

En diferentes ocasiones nos hemos referido en el presente artículo a las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales (CIE-10 y DSM 5) como medio de aproximarnos a la comprensión de qué se entiende en la actualidad por “Trastorno del control de los impulsos”. No obstante, la DSM en su edición actual, así como en las anteriores, alerta acerca de la utilización de la misma en el medio forense, concretamente señala: *“en la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico de un trastorno mental del DSM-5, como una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), una esquizofrenia, un trastorno neurocognitivo mayor, una ludopatía o una pedofilia, no implica que un individuo con dicha afección cumpla los criterios legales de existencia de un trastorno mental ni los de una norma legal concreta (por ejemplo, competencia, responsabilidad criminal o discapacidad)”*. Aseveración importante, pues en nuestro país, de acuerdo a la legislación penal y a la civil, uno de los elementos esenciales es la realización de un diagnóstico de trastorno mental. Pero no es el único elemento; una vez diagnosticado hay que ir más allá y concretamente en el campo penal es necesario señalar el estado de las funciones psíquicas “en el momento de la comisión del hecho” y cómo esta afectación ha influido en sus capacidades cognitivas y volitivas.

En el campo civil, además del diagnóstico, es necesaria la determinación de la permanencia del trastorno y de cómo se encuentran afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas en relación con su autogobierno.

Es decir, en cualquiera de los dos casos, el diagnóstico del trastorno mental va ser un elemento importante pero no el único. Se requerirá la valoración funcional de la persona en las áreas cognitivas y volitivas.

Sentada la premisa anterior, no se puede dudar de la utilidad de cualquiera de las dos clasificaciones pues nos ayuda a utilizar un lenguaje común. En el concreto de los TCI, una vez analizados lo nuclear de cada uno de ellos, observamos que:

1-No presentan afectación de conciencia.

2-No existe afectación del pensamiento (ideación delirante)

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

3-No hay alteración de la sensopercepción

Es decir, no se produce una ruptura de la realidad. El paciente conoce las dificultades y las consecuencias del hecho que realiza, sabe acerca de la ilegalidad de robar, de las consecuencias de ocasionar un fuego o de volver a jugar dinero aunque con la esperanza de ganar (no se juega a sabiendas de que va a perder) y, a pesar de todo, lleva a cabo cualquiera de estas actividades. Ninguna de ellas es respuesta inmediata a un impulso; éste nace pero existe un tiempo hasta que se lleva a cabo. Diferente es la situación del trastorno explosivo intermitente en el que sí existe una respuesta más inmediata y desproporcionada relacionada con el estímulo.

Por ello vamos a realizar una aproximación desde la doble vertiente: penal y civil.

1.- Consecuencias psiquiátrico forenses desde la perspectiva penal.

El elemento nuclear será la valoración de la imputabilidad del sujeto con el fin de que a nivel judicial se pueda aplicar alguna de las eximentes (art. 20) o atenuantes (art. 21) del Código Penal (CP).

Son necesarios tres elementos a valorar:

- Existencia de un trastorno psíquico.
- Afectación de las funciones psíquicas en el momento del hecho.
- Consecuencia funcional: capacidad para comprender la ilicitud del hecho.

La jurisprudencia, de forma reiterada, tanto para el TCI como para cualquier trastorno psíquico, señala la importancia, no sólo del diagnóstico (anomalía o alteración psíquica) médico, sino, fundamentalmente, el estado concreto de las funciones mentales en el momento de la comisión del hecho y cómo afectan éstas a su funcionalidad, es decir, a las capacidades cognitivas y volitivas.

Para llegar al **diagnóstico**, observamos que existe un consenso general entre las dos clasificaciones internacionales. De hecho, en los TCI no existen variaciones sustanciales entre la DSM-IV-TR y la DSM 5 salvo el traslado de capítulo de dos de los TCI habitualmente considerados: tricotilomanía (escasa/nula problemática penal) y el juego patológico o ludopatía. Está por ver si la CIE-11 sigue los mismos pasos en este aspecto que la DSM 5 aunque en un principio no parece tan claro.

En la valoración de las **funciones psíquicas** va a ser determinante el análisis de aquellas que impiden un adecuado conocimiento de la realidad, ya sea por causa orgánica (demencia, discapacidad intelectual), psicótica (delirio, alucinación) o derivada de la propia psicopatología como en los casos de la aceleración del pensamiento en los maníacos o la inhibición del mismo en los depresivos. Y serán determinantes pues en caso de encontrarse afectadas, darán lugar a una alteración en la capacidad de conocer el hecho, es decir, en la capacidad de comprender qué se está haciendo, por qué y cuáles son las consecuencias.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En el concreto caso de los trastornos del control de los impulsos, y de acuerdo a los criterios diagnósticos, **las funciones cognitivas de la persona no se encuentran afectadas**. Nos quedaríamos por tanto limitados en un principio a la afectación de la voluntad en función del elemento nuclear del trastorno: la impulsividad. No obstante, esta aseveración puede ser discutida si analizamos a autores citados por Franco en esta misma monografía.

Así Moeller et al. (2001) entiende que en el concepto impulsividad habría que considerar los siguientes elementos:

- Disminución de la sensibilidad a las consecuencias negativas de la conducta.
- La presencia de reacciones rápidas ante estímulos, no planificadas, antes de que se complete el procesamiento de información.
- La alta preocupación por las consecuencias a largo plazo.

Es decir, además de la impulsividad, introduce un elemento emocional (disminución de sensibilidad, falta de preocupación por consecuencias) que obviamente van a influir en la impulsividad.

Por otro lado, Kocka y Gagnon (2014) consideran que bajo el término impulsividad subyacen conceptos estrechamente relacionados como son **tendencias**, que forman parte de la personalidad y que se expresan en conductas (como es la propia impulsividad y la búsqueda de sensaciones) y **funciones ejecutivas**, que se sitúan en el plano de los procesos cognitivos, como serían el déficit en la inhibición y el déficit en la regulación de la conducta. En esta aproximación, se introduce un elemento nuevo que pudiera llevar a confusión desde la perspectiva psiquiátrico forense: los “procesos cognitivos”, dado que pudiera entenderse como un posible “conocimiento” de la impulsividad. La lectura completa, nos lleva a la conclusión de que el problema radica en el déficit de inhibición y el déficit de la regulación de la conducta ambos basados en estructuras anatómicas, sobre todo el área prefrontal que es el responsable de las conductas reflexivas.

¿Se ajustarían los TCI a esta afectación de lo cognitivo y, en concreto, a la incapacidad para la reflexión? Entiendo que sí, sería aceptable en el caso del trastorno explosivo intermitente. En él, la respuesta inadecuada y desproporcionada ante un estímulo menor se produce en un breve espacio de tiempo, por lo que sí parece que la posibilidad de reflexión sea escasa o nula en una situación en la que el factor impulsividad toma el mando. Es decir, existe una disminución de la capacidad de restricción (cognitivo), así como, un aumento de la impulsividad (psíquico).

Por el contrario, en trastornos como la cleptomanía, piromanía y el juego patológico el lapsus de tiempo existente entre el impulso y el hecho es mayor. Existe un proceso reflexivo y deliberatorio (cognitivo) por parte de la persona que es conocedora del mal que puede producir a sí mismo y a otras personas. Tal vez, sí podríamos aceptar la distorsión cognitiva del juego patológico en el sentido de esa esperanza, que no creencia, de que la suerte va a cambiar y va a recuperar lo perdido. En definitiva, estamos ante una persona que tiene conciencia del hecho que va a realizar y que lleva a cabo, de sus consecuencias para otras personas y para él mismo. Utilizamos el término conciencia en un sentido amplio, no sólo como vigilia, sino como función psíquica que hace relacionarse con el mundo en toda su amplitud. Desde la perspectiva psiquiátrico forense, si la persona tiene conciencia,

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

estamos indicando que “existe capacidad para conocer”, es uno de los requisitos básicos de la imputabilidad.

Por tanto, nos quedaría valorar el otro aspecto a la hora de las eximentes y/o atenuantes: la capacidad volitiva o la capacidad para querer, basada en la voluntad, es decir, la facultad para realizar un acto con plena libertad, acto que requiere de dos fases: **un proceso decisorio y una ejecución con libertad**. Cualquiera de los dos momentos pueden encontrarse alterados por diferentes circunstancias, de modo que en tal caso, la decisión tomada y el acto ejecutado, no serán libres y conscientes y por tanto carecerán de auténtico valor.

En el caso de los TCI, hemos señalado como características comunes:

- Actos repetidos.
- No motivación racional clara y dañan los intereses del propio enfermo y de los demás.
- El paciente refiere la existencia de impulsos que no pueden ser controlados.

Observamos por tanto la existencia del término “impulso” y la cualidad “no puede ser controlado”. Es decir, el paciente detecta la existencia de un elemento que surge dentro de él pero que la voluntad no es suficiente para redirigirlo hacia un objetivo aceptado socialmente. Existe el proceso decisorio aunque la ejecución carece de la libertad suficiente para entender que el acto ha sido libre y voluntariamente decidido por la persona. Esta alteración de la voluntad será el elemento que dote al hecho con la cualidad de “afectación de las capacidades volitivas” (a utilizar por el psiquiatra perito) y que posteriormente tendrá su repercusión jurídica de acuerdo a la valoración realizada por el tribunal.

Si bien es cierto que existe un cierto matiz que hace diferenciar este aspecto entre los diferentes TCI. Así la cleptomanía, la piromanía o, incluso, el juego patológico, están dotados normalmente de un tiempo de latencia entre la aparición del impulso y el momento de llevarlo a cabo. Es decir, no existe una acción-reacción, cualidad que difiere en el trastorno explosivo intermitente en el que el tiempo transcurrido entre impulso y respuesta es sustancialmente menor cuando no inmediato. En el primer caso, el paciente sí tendrá conciencia durante el hecho que el impulso no puede ser controlado. En el segundo, es tan inmediata que la reflexión se hará a posteriori.

2.- Consecuencias psiquiátrico forenses desde la perspectiva civil.

Nos referiremos a las posibilidades de incapacitación en estos trastornos. ¿Es posible llevarlo a cabo? De entrada hay que ajustarse a dos preceptos: la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y el Código Civil.

Así, la Convención establece como principio general la necesidad de “protección” de la persona con discapacidad y para sostener el citado principio, su artículo 12, al tratar el problema de la incapacidad, menciona la necesidad de llevarla a cabo de acuerdo a las necesidades concretas del paciente; es decir, evitar generalizaciones.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Por otro lado, nuestro artículo 200 del Código Civil señala tres elementos básicos para la incapacitación de la persona:

- Enfermedad física o psíquica.
- Permanencia.
- Imposibilidad de autogobierno.

De acuerdo a lo anterior, en un principio sería posible la incapacitación de cualquier TCI si es con la finalidad de proteger a la persona, está diagnosticado, se han llevado cabo los tratamientos aceptados por la comunidad científica internacional, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos durante un tiempo considerable y aún así persiste la sintomatología conllevando una incapacidad para el autogobierno.

La siguiente cuestión sería ¿a qué esfera del autogobierno podría afectar? Dado el contenido de cada uno de los trastornos señalados hasta el momento, parece lógico aceptar que sería la faceta económica dados los enormes gastos que se pueden causar. En este caso concreto, sería el juego patológico el trastorno que podría conllevar un hipotético planteamiento de la incapacidad. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su interés de proteger a la persona con discapacidad (discapacidad psíquica o mental en este caso), promueve la preservación de todas las esferas en las cuales la persona es capaz, defendiendo la incapacidad, sólo en aquellas facetas en las que médicamente se demuestra la falta de competencia. En el caso de los TCI ya hemos señalado como cualidad común la preservación de la conciencia, quedando la esfera económico-jurídico-administrativa como la más vulnerable en el caso del juego patológico, con el consiguiente perjuicio que puede ocasionar al paciente en el caso de no poder compensar su psicopatología.

Por tanto, teniendo en consideración la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Código Civil, sería el juego patológico el TCI que pudiera plantear la posibilidad de una incapacitación parcial (sólo a los efectos económicos ya indicados). Ello sin perjuicio de que en casos graves de cualquiera de los otros TCI pudiera pensarse en esta medida como forma de protección del paciente.

3.- Los trastornos de conducta en menores

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, conocida como la Ley del menor, establece en su art. 1.1 que “se aplicará para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales”. Es decir, la responsabilidad penal en España es a partir de los 14 años.

Si la persona que comete un hecho delictivo es menor de 14 años, de acuerdo al art. 3 de la misma ley, “no se le exigirá responsabilidad con arreglo a la presente Ley, sino que se le aplicará lo

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

dispuesto en las normas sobre protección de menores previstas en el Código Civil y demás disposiciones vigentes. El Ministerio Fiscal deberá remitir a la entidad pública de protección de menores testimonio de los particulares que considere precisos respecto al menor, a fin de valorar su situación, y dicha entidad habrá de promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquel conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero”.

En definitiva, existe la posibilidad de ingreso en un centro de protección, bien cuando un menor de 14 años haya cometido un hecho delictivo o bien cuando un menor presente un trastorno de conducta.

Por otro lado, la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, ha modificado la Ley Orgánica de 1996 para adaptarla a diferentes recomendaciones, especialmente del Defensor del Pueblo, señalando en la exposición de motivos, entre otras cuestiones:

“La sociedad española ha sufrido un proceso de cambios acelerados en los últimos años que ha tenido su manifestación en la aparición de un nuevo perfil de los usuarios de los servicios sociales y de los servicios de protección a la infancia y a las familias.

Es el caso de los menores que ingresan en los centros de protección, en un número cada vez más elevado, a petición de sus propias familias, ante situaciones muy conflictivas derivadas de problemas de comportamiento agresivo, inadaptación familiar, situaciones de violencia filioparental y graves dificultades para ejercer la responsabilidad parental. Su situación psicológica y social demanda soluciones diferentes a las que ofrecen los centros de protección ordinarios o sus familias y requieren de un ingreso en centros especializados, previo informe sobre su situación social y sobre su estado psíquico.

Su regulación puede, en ocasiones, incidir en los derechos fundamentales de los menores, lo cual exige una normativa en la que se determinen los límites de la intervención y se regulen, entre otras cuestiones, las medidas de seguridad como la contención, el aislamiento o los registros personales y materiales, así como otras medidas como la administración de medicamentos, el régimen de visitas, los permisos de salida o sus comunicaciones, en cada caso.

En todo caso, estos centros nunca podrán concebirse como instrumentos de defensa social frente a menores conflictivos, teniendo en cuenta, además, que la intervención no deriva de la previa acreditación de la comisión de delitos. Estos centros deben proporcionar a los menores con problemas de conducta, cuando las instancias familiares y educativas ordinarias no existen o han fracasado, un marco adecuado para la educación, la normalización de su conducta y el libre y armónico desarrollo de su personalidad. La justificación de recursos específicos destinados a atender graves problemas del comportamiento, así como situaciones de crisis, radica en la necesidad de proporcionar a estos menores un contexto más estructurado socio-educativo y psicoterapéutico, que sólo un programa específico pueda ofrecerles, tratando el problema desde un enfoque positivo y de oportunidades, además desde los principios y proyectos educativos diseñados con carácter general”.

En definitiva, nos encontramos ante unos centros con finalidad socio-educativa que tienen una función, guste o no, terapéutica, pues ya se menciona en su artículo 25 cómo debe llevarse a cabo el “acogimiento residencial en centros de protección específicos de menores con problemas de

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

conducta". Es decir, utiliza el término "*problemas*" aunque el mismo artículo, en su punto 1, define en qué consisten los mismos: "*conductas disruptivas o di-sociales recurrentes, transgresoras de las normas sociales y los derechos de terceros*". Es decir, lo que hemos recogido en su momento como trastornos de conducta de acuerdo al DSM5.

Posteriormente, a lo largo del desarrollo de la citada ley, se utiliza indistintamente los términos "problemas de conducta" y "trastornos de conducta". Al utilizar el término "problema" da la impresión de pretender quitar carga psiquiátrica o psicológica al trastorno con la finalidad de evitar la estigmatización que aún hoy existe en nuestro país al hablar del trastorno mental.

Si hemos querido mencionar esta situación al hablar de los TCI es que los trastornos de conducta, como señalamos en su momento, se encuentran recogidos en el mismo capítulo y porque participan de elementos comunes tratándose de una patología que se diagnostica fundamentalmente en menores y que no es infrecuente detectarla en personas que han cometido hechos delictivos o bien que aún no ha llegado a esta situación, teniendo su ingreso una finalidad socio-educativa, terapéutica y, por tanto, de prevención del delito.

Es importante su conocimiento por dos razones:

1-Porque se regula el modo de llevar a cabo las medidas de seguridad en el mismo: contención, aislamiento o los registros personales y materiales. Así como otras medidas como la administración de medicamentos, el régimen de visitas, los permisos de salida o sus comunicaciones, en cada caso. Medidas que, por otra parte, también se llevan cabo en la Unidades de Hospitalización de Salud Mental aunque en estos supuestos no existe una norma que las regule.

2-Porque en la ley se establece un procedimiento específico para llevar cabo los internamientos en este tipo de centros, introduciendo incluso un nuevo artículo en la Ley de Enjuiciamiento Civil como es el 778 bis. Es decir, existirá una regulación del internamiento por razón de trastorno psíquico (763 ya de sobra conocido) y otra diferente para internamiento de menores en centros con trastornos de conducta.

Desde la perspectiva psiquiátrica, los dos elementos más importantes a considerar son:

-El ingreso no lo pueden realizar los familiares. La petición de autorización para el ingreso será siempre a instancia del Fiscal o de la Entidad Pública que ostente la tutela o guarda de un menor.

-La ley no utiliza el término "alta" sino "cese del internamiento siendo acordado por el Juez y "fundamentada en un informe psicológico, social y educativo".

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva psiquiátrico forense, los trastornos del control de los impulsos (prevalencia escasa en la práctica diaria) presentan como elemento común la irresistibilidad de los mismos para llevar a cabo una acción y la dificultad para redireccionarlos hacia objetivos que no atenten contra los

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

intereses del paciente ni contra los de los demás. La impulsividad se acompaña de claridad de conciencia con lo cual, en un principio, los hechos que se lleven a cabo están dotados de capacidad de conocer habiendo que dilucidar hasta qué punto se encuentra alterada la voluntad. Desde la perspectiva civil, en aras a proteger a la persona en caso de incapacitación civil, será la esfera económica la más proclive a decretar su protección, debiendo la peritación psiquiátrico-forense evidenciar la indemnidad del resto de esferas.

Finalmente, los trastornos de conducta, diagnosticados normalmente en adolescentes, adquieren relevancia psiquiátrico-forense al haber sido incluidos en el DSM 5 en el mismo capítulo que los trastornos del control de los impulsos.

BIBLIOGRAFÍA

Berrios, G. Historia de los Síntomas Mentales de los trastornos Mentales. La Psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Fondo de Cultura Económica. México. 2008.

Carrasco Perera, J.L.; Tajima Pozo, K.; Díaz Marsá, M. Trastorno del control de los impulsos. En Tratado de Psiquiatría. Directores: Julio Vallejo Ruiloba; Carmen Leal Cercós. Volumen II. 2ª edición. Ars Médica. Barcelona. 2010).

Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. Enrique Villanueva Cañadas (Ed.). Editorial Masson. 6ª edición. Barcelona. 2004.

Guija, J.A.; Nuñez, M.; Giner, L.; Antequera, R.; Franco, M.D.; Giner, J.; "Voluntad: aproximación desde la perspectiva médico-legal". En Estudio sobre los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Foro Justicia y Discapacidad. Edita CGPJ. Madrid 2012. pág. 87-104.

Kocka A., Gagnon J. Definition of Impulsivity and Related Terms Following Traumatic Brain Injury: A Review of the Different Concepts and Measures Used to Assess Impulsivity, Disinhibition and other Related Concepts. *Behav. Sci.* 2014, 4, 352–370;

López-Ibor J.J., Carrasco J.L. Pathological gambling. En Hollander E., Stein D. (eds.). Impulsivity and agresión. Nueva York: John Wiley and Sons, 1995; 137-152.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Americana de Psiquiatría. 5ª. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2014.

Moeller F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783-93

Tratamiento penal de los trastornos de control de los impulsos

CARLOS LLEDÓ GONZÁLEZ

TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS, DE LA PSIQUIATRÍA AL DERECHO PENAL

En el permanente diálogo, nunca exento de tensiones, entre Psiquiatría y Derecho, ocupa, sin duda, un lugar estelar la necesaria determinación de qué personas deben o no responder penalmente de sus actos, lo que tradicionalmente y desde las distintas ópticas se ha venido conectando con el libre albedrío, la capacidad de ser motivado por la norma o, en su formulación más clásica, la conservación de las básicas capacidades de entender y querer, esto es, conocer qué conductas son socialmente inaceptables y poder actuar conforme a esa comprensión.

Pero en ello no se agota, ni con mucho, la relación entre ambas ciencias; también interesa al Derecho Penal, de forma singular, conocer si las eventuales patologías del sujeto, en cuanto limitadoras del entendimiento o la voluntad, deben ser tenidas en cuenta en el siempre difícil diagnóstico de futuro acerca de su peligrosidad, esto es, la probabilidad de comisión de nuevos delitos, lo que permitirá atemperar la respuesta penal y adecuarla siempre a la situación real en el difícil compromiso entre el tratamiento del penado y la seguridad colectiva; por último, pero no menos relevante, en orden a conformar adecuadamente los tipos penales y a diseñar la respuesta penal adecuada y proporcionada, debe también el Derecho Penal conocer si la víctima de un determinado delito presenta alguna singular vulnerabilidad que haga especialmente reprochable el aprovechamiento de la misma por terceros.

En esas tres facetas jurídico-penales, precisamente en el núcleo de la voluntad como normal facultad humana, han de proyectarse necesariamente los eventuales trastornos del control de los impulsos, supuesto que lleguemos a un consenso acerca de que sean éstos y con todas las dificultades, que damos por supuestas, en orden no sólo a su diagnóstico sino también a su introducción vía pericial en el proceso, de lo que ya nos hemos ocupado sobradamente en otras ediciones de estos Encuentros.

Si acudimos al diccionario de la RAE, un trastorno de control de los impulsos vendría a ser una alteración leve del dominio sobre los propios deseos de hacer algo de manera súbita y sin reflexión⁷;

⁷ Así, define el trastorno como “*alteración leve de la salud*,” y sólo como acepción propia del Derecho identifica “trastorno mental” con “*enajenación mental*”; ya en el avance de la vigésima tercera edición se propone distinguir el trastorno mental en Psicología como “*perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento*” y en “*el derecho penal, una de las circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal*”.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

esa connotación de liviandad que se asocia etimológicamente al término trastorno no es necesariamente compartida por la Psiquiatría, y así el DSM V reconoce que agrupa como *Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta* una serie de afecciones, verdaderas patologías, que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, aclarando que, así como, otros trastornos del Manual pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, los de ese capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad, aun admitiendo que las causas que subyacen en los problemas del autocontrol del comportamiento y las emociones pueden variar sustancialmente dentro de los trastornos de este capítulo e incluso entre los individuos de una misma categoría diagnóstica.

Hablamos, por tanto, de *“disfunciones psíquicas caracterizadas por actos repetidos que, aunque no tienen una motivación racional clara, generalmente dañan los intereses del propio sujeto y los de los demás”*⁸. Y aún a ello habrá de añadirse la exigencia de que tales trastornos no estén incluidos en otras categorías del referido manual diagnóstico, pues en puridad no son pocas las enfermedades mentales que comportan, de uno u otro modo, ese déficit en el control de los impulsos, al punto de que, como reconoce el mencionado Esbec, *“por convención se excluyen de este apartado los trastornos por abuso de sustancias y hábitos que afectan al comportamiento sexual y conducta alimentaria, aunque comparten similares características”*; en trance de buscar un denominador común⁹, en los trastornos del control de los impulsos así catalogados el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto, luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo y finalmente, tras el acto, puede o no haber arrepentimiento, autoreproches o culpa.

La CIE 10 incluye como trastornos de los hábitos y del control de los impulsos la Ludopatía, Piromanía, Cleptomanía, Tricotilomanía, otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos y Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación. El DSM V ha dado un giro a la formulación tradicional que se contenía en su anterior edición, pues, de una parte, traslada la tricotilomanía a los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, de otra, y debido a su cercana relación con los trastornos de conducta, incluye en esta categoría diagnóstica el trastorno de personalidad antisocial -aunque también lo mantiene en el capítulo de los trastornos de personalidad-, importa otras categorías directamente del capítulo relativo a trastornos de la infancia, niñez y adolescencia y, finalmente, extrae de este apartado el juego patológico y conforma con él una nueva categoría de trastornos adictivos sin sustancias a la que no incorpora más que esa patología.

⁸ Enrique Esbec Rodríguez, **Violencia y trastorno mental**. *Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*. Cuadernos de Derecho Judicial VIII-2005.

⁹ Si es que realmente lo tienen, pues no son pocos los que niegan verdadera entidad a la categoría como tal; así, la catedrática de Psicología de la Personalidad Elena Ibáñez habla de que *“a pesar de que dicha clasificación es la más utilizada, al menos en los ambientes psiquiátricos, la falta de una base teórica que permita agrupar a los diagnósticos en ella agrupados, así como la falta de acuerdo interjueces y la dificultad de encontrar «criterios directamente observables» que permitan delimitar la alteración del sujeto, convierte a esta clasificación más en un «cajón de sastre» que en una auténtica categoría empírica, como pretendían los autores del DSM-III”*. Aportaciones de la psicología al ámbito jurídico. Personalidad Y Delincuencia: Una Revisión. Cuadernos de Derecho Judicial 19-1994, págs. 129-166.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Pero como venimos diciendo, al Derecho Penal no va a interesar tanto el nomen o patología de que se trate, cuanto el efecto psicológico que ello pueda provocar en el sujeto en orden a comprender el mandato de la norma, ser motivado por ello y poder acomodar su conducta a dicho entendimiento. Como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 7 noviembre 2003, *"en todo caso conviene tener en cuenta aquí que lo importante no es la clase de enfermedad padecida, sino el efecto que ésta produce en el sujeto en el momento de delinquir. Se ha dicho que una de las modificaciones introducidas por el de mayor significación es la referida a la imputabilidad o capacidad de culpabilidad. Por lo que aquí nos interesa el núm. 1º del art. 21 nos define una eximente en la que aparece como elemento causal "cualquier anomalía o alteración psíquica", cualquiera sirve incluso para la eximente completa; pero exige como efecto concreto que el sujeto "no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión". Detectada la anormalidad psíquica, bien duradera o transitoria, lo que sirve para apreciar su eficacia en cada caso no es la clase de anomalía o alteración existente, sino cómo quedó afectada esa capacidad de conocer o querer. Desde la irrelevancia, por no tener nada que ver el hecho delictivo con la alteración psíquica, hasta la exención completa, pasando por las escalas intermedias de la eximente incompleta o atenuante analógica, todo es posible una vez constada la existencia de una anomalía o alteración, cualquiera que ésta sea, repetimos, siempre que esté relacionada con el hecho delictivo, esto es, que este hecho se haya cometido en el ámbito al que esa alteración pueda afectar".*

Es verdad que indagando en las sentencias de hace más de quince años se encuentran escasísimas referencias –sí alguna- a este tipo de trastornos (lo que posiblemente tenga que ver con el término “enajenación” que entonces se manejaba como presupuesto de la inimputabilidad), pero hemos de reconocer que cada vez más en los últimos tiempos se plantean estas cuestiones ante los tribunales penales, sin que, por otra parte y como alertan algunas resoluciones, pueda descartarse un porcentaje difícil de concretar de simuladores que sólo buscan un tratamiento penal mas benigno en base a patologías que presumen poco conocidas en el ámbito forense; ya en Octubre de 2009, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM), que tanto tienen que ver con estos Encuentros, no sólo alertaban del aumento de las enfermedades mentales en España e insistían en que se acabara con el estigma social que las rodea, sino que por boca del entonces Presidente de la Fundación, el Prof. José Giner, se constataba el incremento –sobre todo en los jóvenes- de los trastornos del control de impulsos, lo que podía deberse “al sistema educativo y cultural tan permisivo que tenemos en el que se le recuerda al adolescente cuáles son sus derechos, pero no cuáles son sus deberes”¹⁰.

Sea como fuere, es evidente que los trastornos de control de los impulsos forman parte, como alegación cada vez más frecuente, de la realidad que debe ser afrontada por el Derecho Penal, lo que hace especialmente importante abordar el modo en que deban ser analizados y, sobre todo, la incidencia que puedan tener en la respuesta que el derecho sancionador deba dar a quienes los padecen.

¹⁰ Europa Press: <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-psiquiатras-alertan-aumento-enfermedades-mentales-espana-20091009163111.html>

IMPULSOS, VOLUNTAD Y CAPACIDAD PENAL

Civilmente nadie puede ser privado de la capacidad general para ser titular de derechos y deberes, capacidad que se ostenta por el mero hecho de ser persona, de manera que el ordenamiento tan sólo habrá de regular el modo en que deban ejercitarse esos derechos cuando esa persona se vea afectada por alguna patología que le limite o impida el adecuado gobierno de su persona y de sus bienes, lo que se resuelve —siempre en defensa del sujeto— instituyendo mecanismos que permitan suplir o complementar esa falta de capacidad (tutela, curatela y demás instituciones tutelares), cuando los derechos puedan ejercitarse por medio de tercera persona, y sólo se le privará del ejercicio del derecho —que no es lo mismo que suprimir el derecho— cuando éste fuere personalísimo y no pueda actuarse por tercero (por ejemplo, el matrimonio).

Sin embargo, en el ámbito penal la cuestión es radicalmente diversa. Aquí no se habla de derechos subjetivos de las personas, sino que se establece lo que algunos han llamado la constitución negativa. Esto es, las normas mínimas de convivencia social que deben ser respetadas por todos y que operan como límite de la libertad individual, de tal manera que a quien viola ese minimum irrenunciable el ordenamiento le anuda una doble consecuencia: de una parte, el expreso reproche sancionador de su conducta, que se traduce en una pena retributiva proporcionada a su conducta, con el efecto añadido de prevención tanto general como especial; y de otra la pretendida inocuización de futuro para evitar nuevos daños a la sociedad por medio de la orientación del modo de ejecución de esas penas hacia la resocialización y reinserción social o, lo que es lo mismo, a tratar de que el sujeto sea capaz de vivir de nuevo en sociedad respetando esas normas que ya ha quebrantado.

Para que la sanción sea justificada, entendible y útil, y para que el Derecho Penal pueda cumplir esos fines que lo legitiman, es obviamente necesario que el sujeto sea consciente de que estaba infringiendo una norma social relevante, que actuara con desprecio hacia ese pacto social de mínimos y que hubiere tenido la alternativa de actuar de forma correcta. Dicho de forma más directa, para imponer la sanción prevista en la norma es preciso que el sujeto tenga capacidad penal, capacidad de culpabilidad o capacidad para delinquir, lo que hasta hace no mucho y aún hoy en algunos foros se venía denominando imputabilidad, término que parece preferible superar precisamente para evitar las muchas connotaciones negativas que históricamente puede arrastrar.

A quien no tiene esa capacidad, por más que haya realizado materialmente una conducta considerada delito por la ley, ningún sentido tiene hacerle reproche penal de ningún género, que o bien es inalcanzable para el sujeto o bien carece ya de sentido por innecesario; ahora bien, aunque se constate la improcedencia de imponer sanción alguna penal, entendida como tal, el Derecho Penal no renuncia a abordar la problemática de aquellos que han podido cometer un hecho previsto por la ley como delito aunque no fueren considerados responsables del mismo, pues aun despojando en esos casos su respuesta de los tintes retributivos y de reproche que contienen las penas propiamente dichas, entiende que debe de algún modo reaccionar a fin de conjurar la peligrosidad que el sujeto supone para la colectividad, procurando de algún modo inocuizarlo o, al menos, controlarlo.

Con esos pilares, es fácil colegir que el principio general es que toda persona mayor de edad tiene *capacidad de culpabilidad*, y que sólo excepcionalmente se tendrá por no imputables —y no se le impondrá pena en sentido propio, aunque sí puede tener otras consecuencias jurídicas que

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

abordaremos- a aquellos que acrediten cumplidamente en el proceso que al tiempo de los hechos padecían, de forma transitoria o permanente, una patología previa capaz de producir como efecto inmediato la anulación de sus facultades intelectivas y volitivas, es decir, quienes no pueden comprender la ilicitud de su conducta o actuar conforme a tal comprensión.

En relación ya más concretamente con las psicopatías, hoy trastornos de la personalidad, el Tribunal Supremo comenzó considerándolas irrelevantes a efectos de exención o de atenuación de responsabilidad penal, salvo que fueran unidas y potenciadas con otra enfermedad mental concurrente (sentencias 16-6-1978, 14-2-1990 y 17-2-1993), iniciándose después una corriente que llegó a asimilarlas a una enfermedad mental -lo que les daba cabida en el concepto de "enajenación" entonces en vigor- (sentencias 22-7-1988, 5-10-1991, 6-5-1992, 17-2-1993 y 31-5-1994), aunque valorándola a lo sumo como atenuante analógica (sentencias de 19-10-1992, 22-4 y 4-10-1993 y 31-5-1994), doctrina que hubo de evolucionar naturalmente ante la fórmula actual de "*anomalía o alteración psíquica*" empleada por el Código Penal, por lo que el debate se habrá de trasladar al efecto subjetivo que el concreto trastorno provoque en relación con los específicos hechos enjuiciados.

En efecto, el apartado 1º del artículo 20 del Código Penal declara exento de responsabilidad penal al "*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*"; recogiendo la consolidada doctrina del Tribunal Supremo que ya en textos anteriores optaba por un criterio mixto psico-biológico, de tal modo que es preciso que el sujeto sufra una determinada patología o enfermedad mental, "*anomalía o alteración psíquica*", pero también debe acreditarse que la misma afectó, en el momento concreto y respecto a los hechos enjuiciados, a sus normales capacidades de discernimiento y voluntad; dicho de otro modo, es necesario que la enfermedad mental le impida ser consciente de la antijuridicidad de su conducta o actuar de otro modo.

Puede ocurrir que las mencionadas facultades del sujeto no estén del todo anuladas pero sí de alguna manera limitadas o reducidas, lo que en su caso no excluye la responsabilidad penal pero sí permite atemperarla o modularla, sea por la vía de la eximente incompleta (Artículo 21.1ª: "*Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos*") o por la vía de la llamada atenuante analógica (Artículo 21. 7ª: "*Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores*").

En exégesis de esos preceptos, la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de septiembre de 2005 ya recordaba que "*en el sistema del Código Penal vigente, el artículo 20.1ª, y en relación con él el 21.1ª y el 21.6ª, exigen no sólo la existencia de un diagnóstico que aprecie una anomalía o alteración psíquica como elemento biopatológico, sino que a él debe añadirse la comprobación de que tal déficit impide al sujeto, o le dificulta en mayor o menor medida, la comprensión de la ilicitud de la conducta o bien la actuación conforme a esa comprensión*"; en el mismo sentido, la sentencia de 20 de mayo de 2004 afirma que "*como señala la Sentencia de esta Sala de 22 de abril de 2003, la mera existencia de una anomalía o alteración psíquica no es suficiente para que se aprecie en el autor de un hecho delictivo la circunstancia eximente prevista en el artículo 20.1º CP, ni como completa ni como incompleta. Para que se produzca tal efecto modificativo de la responsabilidad criminal es preciso que el sujeto, a causa de la anomalía o alteración psíquica, bien no pueda comprender la ilicitud del hecho*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

o actuar conforme a esa comprensión, en cuyo caso, procederá apreciar en él la eximente completa, bien le sea sumamente difícil aquella comprensión o aquel control de su actuación, en cuyo caso le podrá ser aplicada la eximente incompleta".

Si recordamos que los trastornos de control de los impulsos suponen precisamente la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás, lo que entraña el correspondiente déficit en el autocontrol emocional y conductual, parece claro que -salvo supuesto de comorbilidad con otras patologías- en nada afectan al elemento intelectual como capacidad de comprender la ilicitud de un determinado hecho, lo que desplaza el debate exclusivamente al terreno de lo volitivo, esto es, determinar si el sujeto pudo o no actuar de otra forma distinta a como obró o, dicho de otro modo, si pudo atemperar su comportamiento al conocimiento de que aquello que llevaba a cabo era ilícito. Y aunque la capacidad de entender permanezca incólume, la ausencia del segundo pilar de la voluntad sobre el que se construye la culpabilidad debiera tener inmediatas consecuencias en el ámbito jurídico penal, lo que sin embargo no siempre ha sido así.

En efecto, como antes adelantábamos, nuestra Jurisprudencia ha venido negando sistemáticamente cualquier efecto relevante a los trastornos de la personalidad en general y, más aún, a los que afectan al control de los impulsos en particular (en este sentido, STS 879/2005, de 4 de julio); sólo de forma muy excepcional, y en circunstancias siempre peculiares y de comorbilidad, se ha llegado a apreciar una eximente completa -en tribunales inferiores, pues no hemos localizado ninguna en el Tribunal Supremo-, siendo también muy contadas las ocasiones en que se apreció una eximente incompleta, de manera que a lo sumo se ha venido confirmando por nuestro Tribunal Supremo (y decimos confirmando porque ya venía apreciada del tribunal de instancia, sin que hayamos encontrado tampoco ninguna sentencia del Tribunal Supremo que vía recurso aprecie ex novo dicha circunstancia) una mera atenuante por analogía, lo que es sabido tiene muy limitada incidencia en el ámbito punitivo.

La explicación a esa situación sin duda tiene que ver con el anterior Código Penal, que al hacer pivotar la inimputabilidad sobre el concepto de “*enajenación*” -introducido precisamente a propuesta del ámbito psiquiátrico- llevó a exigir siempre como presupuesto inexcusable la constatación diagnóstica de una “*enfermedad mental*”, entidad que sistemáticamente se negaba a las entonces conocidas genéricamente como psicopatías. Ya en tiempos mas recientes, la resistencia a valorar esas patologías puede tener que ver también con lo que al principio decíamos, la atribución siempre de la nota de levedad al término “*trastorno*” y la confusión de éste con meros rasgos de la personalidad, mas o menos acentuados, al punto de que en algunas sentencias llega a hablarse, como veremos, de *hábitos* o *aficiones*; en la medida en que los tribunales creen estar en presencia de meros rasgos de personalidad, tendencias o caracteres que no limitan al sujeto, se niegan a atribuirle el más mínimo efecto. Tampoco cabe descartar, conectando con ese último razonamiento, que la casi permanente sospecha de simulación que gravita sobre determinados trastornos, especialmente los de más reciente aparición o estudio, para así eludir las propias responsabilidades, acaba generando una reticencia -si no abierta resistencia- a otorgarles trascendencia jurídica, singularmente cuando son traídos al proceso penal fuera de los cauces institucionales tradicionales por medio de peritos privados a los que se acaba imputando injustamente la elaboración de informes de complacencia; muestra de este estado de cosas es, por ejemplo, la sentencia de la Sección 3ª de la Audiencia

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Provincial de Asturias 269/2004, de 28 de octubre, cuando a la pretensión de que se aprecie vía recurso de apelación uno de los más conocidos y estudiados trastornos del control de los impulsos, responde escuetamente que *“el hecho de que tenga una cleptomanía no entraña una patente de corso para el acusado y sin que el hecho de existir una sentencia presentada con el recurso... [se supone que en ella se le apreciaba la cleptomanía] entrañe cosa juzgada en este caso ni que el Juzgador a quo esté vinculado a la sentencia en cuestión por ser hechos diferentes. La hipérbole del acusado de no acordarse de nada está en contradicción con el informe del Sr. Médico Forense y es una idea arrojada como semilla a boleo para lograr una impunidad de sus actos”*.

De la dificultad e inseguridad en esta materia da cuenta la profesora M^a del Carmen Gómez Rivero cuando afirma que, en relación a la imputabilidad, *“...la línea de solución se torna sensiblemente más discontinua y vacilante cuando se abandona el ámbito clásico de las enfermedades mentales en sentido tradicional para adentrarnos en el tratamiento penal de los sujetos que, aún cuando presentan déficits en su motivación, conservan la posibilidad de comprender y actuar conforme a esa comprensión. Es lo que sucede con los que sufren algún trastorno de la personalidad...”*¹¹.

Claro está que no hablamos de una cuestión meramente académica, pues esa resistencia de nuestros tribunales a otorgar su justa trascendencia a los trastornos relacionados con el control de los impulsos no sólo aleja la proporcionalidad de la respuesta penal -y en algún modo su justicia-, sino que en gran medida condiciona el abordaje terapéutico de esas personas y acaba supeditando éste a la idea de peligrosidad, primando la seguridad colectiva sobre la respuesta individualizada y el tratamiento. En todo caso, parece que empieza a apuntarse una nueva dirección en los últimos tiempos, con proclamas como la contenida en la ya citada sentencia del Tribunal Supremo de 20 de mayo de 2004, que admiten netamente la eventual incidencia de estos trastornos en la imputabilidad, por mas que deba modularse su alcance: *“Todo trastorno de la personalidad se manifiesta en el área de la cognición, es decir, en la forma de percibir e interpretar la realidad, y en la del control de los impulsos, pero no siempre la desviación en dichas áreas, con respecto a la personalidad que puede servir de tipo estándar, tiene la misma profundidad”*.

TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y TRIBUNALES PENALES

En la medida en que los trastornos que venimos analizando cursan con déficits en el autocontrol del comportamiento y las emociones, y su singularidad radica precisamente en que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás, cabría pensar que tienen una alta presencia en conductas penalmente relevantes y que son una constante de significativa incidencia estadística en nuestros procesos sancionadores, pero como venimos diciendo, la realidad demuestra que no ocurre exactamente así, antes al contrario, son escasas las referencias a tales trastornos en nuestras resoluciones judiciales y, en muy contadas ocasiones, se han abordado de forma medianamente científica a fin de calibrar la verdadera incidencia que tengan o puedan tener en el modo en que cada

¹¹ Nuevas tendencias doctrinales y jurisprudenciales en el tratamiento del enfermo mental. Cuadernos de Derecho Judicial. Vol. 1/06, Págs. 297-360.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

sujeto deba asumir las responsabilidades por sus actos. Abordemos por separado cada una de estas patologías en su tratamiento por los tribunales.

1-Negativista desafiante

Para el manual diagnóstico este trastorno presenta un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías que enumera y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano, debiéndose descartar, además, que los comportamientos mencionados aparezcan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar.

Pocas son las referencias en nuestras bases de datos a este tipo de trastorno, la mayoría de ellas en la jurisdicción de menores precisamente por la habitual aparición del mismo en edades tempranas, y básicamente lo son para negar su incidencia en la capacidad de culpabilidad de los sujetos, pese a que en ocasiones la propia dinámica de los hechos parece sugerir una indudable conexión con la patología.

Esa regla general la encontramos, por ejemplo, en la sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga, Sección 1ª, 581/2012, de 24 de Septiembre, referida a unos sujetos que retienen a otro en su propia casa, exigiéndole dinero, llegando a humillarle y amenazarle; respecto de uno de los autores consta en autos un informe del servicio de Neurología-Neuropsiquiatría de diez años antes en que se hace constar "*Paciente de 16 años que... actualmente cumple criterios diagnósticos para los siguientes trastornos: Trastorno de la Tourette; trastorno disocial; trastorno del control de los impulsos (trastorno explosivo intermitente). Conductas autoagresivas; trastorno negativista desafiante; abuso de cannabis y trastorno de la conducta alimentaria no especificado*"; por la antigüedad del informe, por no ser ratificado en el acto del juicio y por no afirmar que los padezca realmente sino sólo que "*cumple criterios diagnósticos para tales trastornos*", la Sala concluye que "*resulta inviable aplicar atenuante o eximente alguna, ..., al no haber existido la más mínima actividad probatoria al respecto, siendo antigua, reiterada y constante la doctrina del Tribunal Supremo en cuanto que la apreciación de las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal exige que sus presupuestos fácticos estén tan probados como el hecho mismo (SSTS. 11.10.01 y 25.4.01, entre otras)...., así como sobre la acusación recae el "onus" de probar el hecho ilícito imputado y la participación en él del acusado, éste viene obligado, una vez admitida o se estime como probada la alegación de la acusación, a probar aquellos hechos impeditivos de la responsabilidad que para él se deriven de lo imputado y probado, hechos impeditivos que es insuficiente invocar sino que debe acreditar el que los alegue, pues no están cubiertos por la presunción de inocencia*".

En esa misma línea, la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Castellón, en su sentencia 222/2008, de 22 de Mayo, confirma la de un Juzgado de lo Penal que, respecto de un joven sorprendido cuando dañaba un turismo que reacciona violentamente a su retención por el dueño, afirmó que "*el acusado fue diagnosticado en su adolescencia de trastorno de déficit de atención y trastorno negativista desafiante que no afectan a las bases biológicas de su imputabilidad en los anteriores hechos*", por más que es cierto que el extremo de la imputabilidad no fue debatido en esa segunda instancia.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Más llamativa es la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Albacete, Sección 2ª, nº 170/2015, de 5 de Mayo, que revoca la del Juzgado y condena en base a los siguientes hechos: el acusado *“desde mayo de 2011 y con la finalidad de infundir terror a sus padres,..., para que se sometan en el ámbito doméstico y familiar a su voluntad, viene insultándolos en el domicilio común, ..., incluso advirtiéndoles con que los iba a matar. Así por ejemplo, el 26.06.2012, tras discutir con sus padres, esgrimió un cuchillo con el que apuñaló repetidamente el sofá en el que estaba sentada su madre, siguiendo su silueta para atemorizarla, lo que consiguió, apuñalando después sillas y objetos y tirando una mesita”*; expresamente se proclama entre los hechos probados que el acusado *“presenta trastorno negativista desafiante y coeficiente intelectual límite”*, que se dice no obstante que *“no afectan a su conciencia y voluntad”*, por lo que no aprecia ninguna modificación de su capacidad de culpabilidad con el solo razonamiento de que *“no se advierte concurrencia de circunstancia atenuante ni agravante, ni tampoco eximentes, pues el trastorno no se revela, según informe forense, único sobre el particular, como relevante en el intelecto y voluntad del afectado en orden a la comprensión y alcance de los hechos concretos enjuiciados”*.

Una línea mas aperturista se advierte en la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 16ª, nº 236/2010, de 17 de Mayo, en que se descarta la eximente completa pero se mantiene la incompleta respecto de un sujeto que acometió violentamente a los agentes de Policía que accedieron al inmueble en que estaba encerrado, sujeto que padecía *“trastorno negativista desafiante asociado a déficit de atención e hiperactividad”*; frente al alegato de su defensa de que el acusado, cuando está sometido a tensión como sucedió en el momento de los hechos enjuiciados sufre una anulación plena de sus facultades intelectivas y volitivas, tanto para comprender la ilicitud del hecho como para actuar conforme a esa comprensión, razona la Audiencia que en base a los informes periciales no hay limitación alguna de su capacidad intelectual, por mas que es cierto que su patología provoca episodios explosivos y predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, lo que disminuye su capacidad de control, y resume que *“el acusado puede comprender la ilicitud de sus hechos aunque, según la situación, tiene limitada su capacidad para controlar su reacción”*, lo que justifica una eximente incompleta.

2-Trastorno explosivo intermitente

El DSM V hace referencia bajo este trastorno a arrebatos recurrentes en el comportamiento, no premeditados y que reflejan una falta de control de los impulsos, arrebatos en los que la agresividad expresada es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o a cualquier factor estresante psicosocial desencadenante; este trastorno provoca un marcado malestar en el individuo, altera su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tiene consecuencias económicas o legales; conforme a esos parámetros, se explica que a menudo este trastorno provoque problemas sociales (p. ej., pérdida de amigos y familiares, inestabilidad matrimonial), laborales (p. ej., degradación de categoría laboral, pérdida del empleo), económicos (p. ej., debido al valor de los objetos destruidos) y legales (p. ej., acciones penales o civiles como resultado del comportamiento agresivo contra personas o propiedades), pese a lo cual no es tampoco frecuente encontrarlo analizado en nuestros repertorios de Jurisprudencia.

Como muestra de la resistencia inicial a otorgar valor alguno a éste y otros trastornos de control de los impulsos podemos mencionar la sentencia del Tribunal Supremo de 27 de Junio de 1992 que, en

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

relación con un delito de homicidio frustrado, recoge un inicial informe del Forense que habla de normalidad neurológica con algunas características compatibles con rasgos anormales de la personalidad y concluye que en ningún caso existen datos para considerar que pudiera tener un menoscabo de sus condiciones de imputabilidad en los hechos que se le atribuyen; en el juicio declara también un Médico Psiquiatra que sostiene la inimputabilidad afirmando que el sujeto, bajo una tensión nerviosa sin importancia, reacciona muy desproporcionadamente al estímulo interior, lo que podría ser una psicopatía explosiva con una base orgánica objetivable a través del encefalograma, indicando que el padecimiento es transitorio y se agrava en situaciones límite. El Tribunal, tras recordar que el Código Penal (refiriéndose al entonces vigente) utiliza el sistema biológico psiquiátrico que atiende a las características orgánicas que fundamentan la imputabilidad, y ante la existencia de informes contradictorios, acepta la conclusión de que el imputado es un psicópata explosivo de carácter intermitente, pero acto seguido priva de toda trascendencia al diagnóstico al afirmar que *“es decir, se trata de desequilibrios caracterológicos o trastornos del temperamento que no afectan a los elementos básicos del juicio de culpabilidad”*, y acaba mezclando cuestiones de hecho y jurídicas cuando justifica, en apoyo de la Audiencia Provincial, que *“el juzgador, dentro del problema muy difícil de determinar el grado de imputabilidad, examina el tema del nivel intelectual, normal/alto (CI=113), descarta la existencia de rasgos histéricos y neuróticos, la carencia de intoxicación etílica siquiera fuera leve, la inexistencia de anterior pendencia de naturaleza grave en la que, por lo demás, ni siquiera había tenido intervención el acusado, la frialdad de su comportamiento, etc... y llega a la conclusión de que no sufría ninguna alteración desde el punto de vista de la imputabilidad, sin que sea necesario recordar que la prueba pericial no es nunca vinculante para el juzgador, como tantas veces ha manifestado esta Sala”*.

Un segundo acercamiento, ciertamente curioso por el modo en que se resuelve la discrepancia pericial, lo encontramos en la sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 1995; un primer perito dictaminó que el acusado, condenado por un delito de homicidio con la agravante de abuso de superioridad y otro de tenencia ilícita de armas, padecía un trastorno explosivo intermitente de fondo epiléptico, con alteraciones en su personalidad, lo que de modo permanente le origina una situación de imputabilidad disminuida; una segunda profesional, coincidiendo en esencia con el anterior, se pronuncia con mayor rotundidad y firmeza en relación a que el acusado-recurrente en el momento de la comisión de los hechos se encontraba en situación de descontrol patológico que le impedía ser responsable de sus actos, sosteniendo asimismo una permanente disminución de imputabilidad; finalmente, dos médicos forenses sostienen que el acusado padece un trastorno mixto de la personalidad, sin que hayan constatado constitución epiléptica y concluyen que los trastornos de personalidad percibidos y detectados no afectan a las facultades volitivas e intelectivas del agente, si bien en casos extremos puede llegarse a dicha alteración, pero nunca una anulación de las referidas facultades; el Tribunal Supremo ratifica el criterio de la Audiencia de otorgar mayor credibilidad y valor a la pericia forense que a la que rindieron los demás expertos, que dice no es arbitraria, y añade que al tribunal refiere rasgos neuróticos acentuados de carácter permanente sin alteración de facultades, salvo en casos extremos (no acreditados), debido al carácter violento e impulsivo del procesado, datos con los que, indudablemente, no puede ni postularse fundadamente, ni accederse en justa y correcta ortodoxia jurídica, ni a la eximente completa, ni a la incompleta.

Tiempo después, la sentencia de la Sala segunda del Tribunal Supremo de 15 de diciembre de 1997 abordó el supuesto de un sujeto del que los informes psiquiátricos afirmaban que tenía una

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

personalidad con trastorno del control de impulsos identificado como trastorno explosivo intermitente; este varón recibe la visita de su ex esposa, que se propone recoger al hijo común que se encontraba con él, a lo que se opone; la esposa va acompañada de un conocido, que por dos veces y ante los acometimientos agresivos del acusado, lo reduce, llegando a mantenerlo en el suelo con un pie en el cuello; el acusado, enfurecido, confuso por la ridícula situación en la que se encontraba y sintiéndose humillado ante su esposa e hijos y *“preso de una fuerte carga emocional”*, tomó una escopeta de su domicilio con la que disparó hasta tres veces al acompañante de su esposa, la última vez cuando ya yacía en el suelo, provocándole la muerte; el Tribunal Supremo hace suya la sentencia de la Audiencia, que no apreció circunstancia alguna relacionada con el trastorno aunque sí valoró la atenuante de arrebató u obcecación, afirmando que *“no existe más que un trastorno en el control de los impulsos que no alcanza en modo alguno la entidad necesaria para admitir la eximente ni completa ni incompleta pretendida”*.

En fechas mas recientes el Supremo parece aceptar ya como principio que un trastorno de esta naturaleza sin duda puede condicionar la capacidad de culpabilidad en el ámbito de la voluntad, pero sigue mostrando cierta desconfianza hacia estas patologías. Así, el auto 826/2012, de 3 de mayo, respecto del autor de un delito de incendio y una falta de estafa (tras un incidente en un bar adquiere gasolina, que no paga, y regresa, incendiando el local) que sufrió un episodio de descontrol de impulsos compatible con un trastorno explosivo intermitente, sostiene que éste afectó levemente a su capacidad volitiva, por lo que aprecia sólo una atenuante, llamado la atención que para llegar a esa conclusión *“valora para ello la ausencia de patología psiquiátrica comórbida y la abstinencia de tóxicos en el momento de los hechos”*, como si el trastorno por sí solo no permitiera ir más allá de la atenuante.

La más reciente sentencia que hemos encontrado de la Sala Segunda de nuestro Tribunal Supremo sobre esta patología mantiene esa misma línea, refiriéndonos a la sentencia 936/13, de 9 de diciembre, que en un delito de tráfico de drogas y ante un acusado que sufría patología dual caracterizada por severa toxicomanía a la cocaína y al alcohol, asociada a personalidad dependiente, trastorno explosivo intermitente y trastorno dependiente, concluye que tenía reducidas sus facultades volitivas pero sin anularlas ni mermarlas de modo relevante.

Mucha más trascendencia atribuye al trastorno explosivo intermitente la sentencia de 7 de abril de 2014, también del Tribunal Supremo pero no de su Sala Segunda sino de la Quinta de lo Militar; el Tribunal de instancia había apreciado una eximente incompleta en un cabo que desarrolla una extraña conducta (sube precipitadamente a un vehículo militar, grita insultos sin dirigirlos a persona alguna, desatiende las órdenes de apearse y, por el contrario, acelera y realiza giros bruscos, derrapes y frenazos, habla a voces y lanza piedras a otros vehículos, hasta acabar volcando) y el Supremo descarta la eximente completa que solicitaba la defensa; el cabo había presentado ya al menos tres episodios diagnosticados como crisis de ansiedad y crisis de agitación agresiva, y tras los hechos cuatro oficiales médicos diplomados en psiquiatría aprecian un trastorno del control de impulsos en personalidad con rasgos anómalos, que no altera la capacidad de comprensión pero si pudo afectar de forma moderada y transitoria la capacidad de actuar conforme a dicha comprensión; un teniente psicólogo asegura en su informe que *“presenta un diagnóstico compatible con trastorno explosivo intermitente. En dichas circunstancias las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto se ven profundamente afectadas”*, confirmando el perito en el acto del juicio oral que el acusado no

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

podía controlar su conducta; el médico forense, por su parte, informó en términos similares y aclaró en el juicio que durante el brote que se produce en un trastorno explosivo intermitente, quien lo padece tiene sus capacidades cognitivas y volitivas *"tan severamente afectadas que no es capaz de comprender el hecho delictivo o actuar conforme a esta comprensión"*; pero el Alto Tribunal, al existir informes contradictorios, estima que la conclusión del tribunal que dictó la primera sentencia al afirmar que no estaba totalmente anulada la capacidad volitiva no es arbitraria y la confirma. Pero lo interesante en este caso es que se produjeron dos votos particulares que postulaban directamente la apreciación de la eximente completa, desbrozando para ello el iter seguido por los distintos reconocimientos y su contenido de forma exhaustiva, para acabar concluyendo que, a su juicio, *"el recurrente actuó como consecuencia de un episodio del trastorno explosivo intermitente que padece y que anuló su capacidad de autocontrol"*.

La propia conceptualización del trastorno explosivo intermitente como reacción desproporcionada a un factor psicosocial estresante o desencadenante ha llevado a veces a aproximarlos, si no confundirlos, con la atenuante de arrebatos (entendiendo por tal una reacción de tipo temperamental ante estímulos externos que incide sobre la inteligencia y voluntad del sujeto, mermándolas en relación de causa a efecto y en conexión temporal razonable, presentándose como una respuesta que puede ser entendida dentro de parámetros comprensibles en un entorno normal de convivencia, rebasando la mera reacción colérica y sin alcanzar al trastorno mental transitorio), lo que no sólo lo desnaturaliza sino que impide apreciarlo como la verdadera patología que es; parece el supuesto de la sentencia 329/13 de la Audiencia Provincial de Cáceres, Sección 2ª, de 26 de junio: el acusado, enojado porque su pareja se había depilado el pubis y tenía dos nuevos contactos en el teléfono móvil, la retuvo, agredió y humilló durante todo el fin de semana; se admite que dicho acusado sufre un trastorno explosivo intermitente del que está en tratamiento desde tiempo antes, pero se dice que el mismo sólo tiene incidencia en relación de inmediatez entre el estímulo y la reacción, negándose en hechos continuados o diferidos; en consecuencia, se rechaza la eximente y tan sólo se aprecia una atenuante simple pero sólo en el primer hecho, el inicial delito de lesiones que ocurre con una inmediatez temporal entre el estímulo de descubrir los hechos y su consumación, negándolo en los restantes.

Algo similar ocurre con la sentencia de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Tarragona de 21 de Julio de 2005, pues ante una conducta violenta prolongada o más bien repetida en el tiempo para exigir a la víctima el pago de cierta cantidad que se negaba a devolver, la Sala reconoce que uno de los acusados sufre un trastorno explosivo intermitente que supone una alteración de los impulsos y consecuentemente una disminución de sus funciones volitivas en el momento de las acciones de tipo violento, pero le niega efectos en el caso concreto con el razonamiento de que no se trata de una acción violenta puntual sino más bien de un plan preconcebido cuya ejecución se prolongó durante más de dos días, de donde concluye que *"no existe una conexión temporal que permita considerar el trastorno sufrido como causa de alteración, teniendo en cuenta la duración de la acción delictiva y el informe pericial psiquiátrico que concluye que el referido trastorno supone una alteración de los estímulos en momentos puntuales, sin que fuera de estos momentos presente el acusado otra patología que altere sus funciones cognitivas y volitivas"*.

Un supuesto singular lo abordó la Sección 4ª de la Audiencia Provincial de Sevilla, en su Sentencia 86/2000, de 24 de Julio, relativa al específico trastorno explosivo intermitente conocido como Amok;

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

un empleado doméstico de una familia acomodada, de nacionalidad filipina, aprovecha su estancia a solas con la hija universitaria de sus empleadores para irrumpir en su dormitorio con una navaja en la mano, sufriendo la víctima una primera herida al alzar su mano instintivamente, y tras contarle que tiene deudas por apuestas en el billar, acepta la propuesta de desplazarse ambos a un cajero en el ciclomotor de la joven, pero al advertir que ésta pedía auxilio primero golpea a un transeúnte que se interesó y acto seguido alcanza a la víctima que pretendía huir, golpeándola de forma tan violenta que la hace caer inconsciente, para a continuación comenzar a saltar reiterada y violentamente con ambos pies sobre la cabeza, cuello, cintura escapular y parte superior del tórax de la joven, haciéndolo no menos de seis veces; el sujeto presentaba algunos rasgos propios de una personalidad antisocial (distanciamiento y constricción emocional, pobre control de los impulsos, escasa empatía, pobreza afectiva y tendencia a percibir y valorar conductas y situaciones en función de sus propios intereses más que en función de parámetros ético-sociales objetivos) y otros de tipología paranoide (ideaciones de amenaza y persecución), aunque éstos se manifestaran especialmente en su interpretación a posteriori de lo sucedido; se niega, sin embargo, que padezca un trastorno de la personalidad ni ninguna otra patología psíquica significativa, incluida la modalidad de trastorno explosivo conocida como amok, sin que haya evidencia de que en las fechas de autos sufriera una especial situación de estrés que pudiera explicar los hechos como una reacción vivencial anómala o reacción aguda de estrés; sólo uno de los tres informes periciales obrantes en la causa sostiene el diagnóstico de amok, pero la Audiencia lo descarta de forma tan contundente que, pese a su extensión, no nos resistimos a transcribir: *“el diagnóstico de amok, aparte de lo sugestivo que pueda resultar en términos generales para el profesional (por su reciente incorporación a la nosología más utilizada --aunque su descripción clínica y, sobre todo, literaria, date de varias décadas atrás-- y por lo que tiene de apertura a la multiculturalidad, también en el campo de la psicopatología), presenta elementos compatibles con el caso enjuiciado, especialmente el paroxismo de violencia desatado en el tramo final del suceso y la nacionalidad filipina del autor (ya que el amok es un trastorno característico de los habitantes de las islas del sudeste asiático). Pero, a falta de un estudio más profundo y detallado de la personalidad y de la biografía del procesado --estudio que la perito no estaba en condiciones de hacer, por falta de tiempo y de datos comprobables--, los apuntados rasgos compatibles son insuficientes para poder prevalecer ante las divergencias que también se observan con el cuadro diagnóstico del amok, según la perito lo transcribe del DSM-IV. Enumeramos estas discrepancias:*

a) *«El amok se caracteriza por un episodio agudo de comportamiento violento y descontrolado que la persona no recuerda». Por más ejercicios dialécticos que hiciera la perito en el acto del juicio, lo cierto es que en el caso de autos no hay la menor evidencia de esa amnesia lacunar que la nosología empleada incluye en la descripción del trastorno. Todo lo más que puede encontrarse en la narración del procesado es lo que la propia perito llama en su informe «incoherencia y escasa organización de los recuerdos»; en la que no es fácil distinguir el componente que pueda haber de simple simulación autodefensiva. En cualquier caso, parece obvia la diferencia que existe entre no recordar un hecho y dar de él una versión diferente a la real....*

b) *«El amok [...] a menudo está asociado a rasgos disociativos prominentes». Aunque no se trate de un dato suficiente por sí solo para un diagnóstico de exclusión, lo cierto es que todas las peritos, incluida la autora de este informe, coinciden en que el procesado no presenta en absoluto tales rasgos disociativos.*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

c) «La forma de presentación es brusca y sin período prodrómico». Sin embargo, la perito explicó el comportamiento del acusado durante la noche de autos, antes del episodio de violencia final, en términos precisamente de una fase prodrómica del mismo; lo cual probablemente sea cierto, pero es incompatible entonces con su diagnóstico, especialmente si reparamos en que el comportamiento anómalo del procesado había comenzado tres días antes, con su brusca y mal explicada desaparición del domicilio en que trabajaba.

d) En el comportamiento del procesado inmediatamente posterior al hecho violento no se aprecia el menor signo de sentimiento de «liberación» o catarsis, ni mucho menos de consternación o arrepentimiento por lo sucedido, que son uno y otro frecuentes y característicos de los trastornos explosivos, de los que el amok constituye un tipo particular. Antes bien al contrario, en la fase epilodal de los hechos hay tantos rasgos de racionalidad delictiva (huida, intento de hacer desaparecer piezas de convicción y aún de dificultar la identificación) que parecen poco compatibles con quien, por hipótesis, acabaría de actuar en un raptó paroxístico de enajenación.

En definitiva, por cuanto llevamos expuesto sólo puede venir a colación, a propósito de la imputabilidad del procesado, la conocida tónica jurisprudencial a cuyo tenor los presupuestos fácticos de las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal en cualquiera de sus grados no pueden presumirse total o parcialmente, sino que deben resultar acreditados mediante una prueba tan cumplida como la que requieren los elementos integrantes del tipo delictivo objeto de imputación (por todas sentencias del Tribunal Supremo de 23 Nov. 1993, 7 Abr. 1994, 25 Oct. 1995, o 30 Sep. 1996, con las que en ellas se citan). Y la simple proyección de esta tónica jurisprudencial sobre el caso enjuiciado patentiza la inaplicabilidad al mismo de la circunstancia modificativa postulada, ni como eximente completa o incompleta ni como atenuante, nominada o analógica, muy calificada o no”.

Concluyendo ya este apartado, lo cierto es que en las resoluciones de las Audiencias Provinciales es cada vez mas frecuente no sólo que se valore el trastorno explosivo intermitente como circunstancia que incide en la culpabilidad, sino también que se le otorgue auténtica relevancia en punto a minorar de forma significativa la capacidad volitiva de los sujetos en determinados hechos, como verdadera eximente incompleta (valgan, por todas, la sentencia de la Audiencia Provincial de Girona, Sección 3ª, 196/2000, de 23 de noviembre, y la de la Audiencia Provincial de Sevilla, Sección 1ª, 95/2004, de 5 de marzo), lo que en buena lógica es de suponer que acabará determinando una progresión de ese mismo signo en la Jurisprudencia del Tribunal Supremo.

3-Piromanía

La provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión, precedida de una tensión o excitación afectiva antes de hacerlo y acompañada de fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias), así como placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias, definen el trastorno así nombrado siempre que no se provoque el incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio o alucinación, ni como resultado de una alteración del juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor,

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], intoxicación por sustancias) y que esa provocación de incendios no se explique mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maniaco o un trastorno de la personalidad antisocial.

Pese a ser uno de los trastornos de control de los impulsos más socialmente conocido, al menos en su dimensión coloquial y como protagonista de no pocas obras literarias y cinematográficas, lo cierto es que el rastro de la piromanía en las bases de datos de resoluciones judiciales es sumamente reducido e inferior a lo esperado; cierto es que la encontramos como atenuante en no pocas sentencias de conformidad dictadas en procedimientos ante el tribunal del jurado por delitos de incendio forestal, pero como quiera que en esos casos el tribunal se limita a homologar acríticamente el acuerdo de las partes, no se abordan ciertamente los elementos conformadores que deban exigirse para su apreciación (así, p. ej. en la sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra, Sección 4ª, 30/2013, de 18 de Julio; también la más reciente de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Ourense 84/2014, de 27 de febrero; y, finalmente, la sentencia 95/06 de la Audiencia Provincial de Ávila).

Se apreció la eximente incompleta en un supuesto en que el sujeto diagnosticado de piromanía había incendiado diversas naves y otros lugares, imponiéndola además de la pena una medida de seguridad consistente en que se someta a tratamiento ambulatorio en la Unidad de Salud Mental correspondiente al Centro de Salud de su domicilio por tiempo de 2 años; la sentencia de la Audiencia Provincial de Teruel 2/2003, de 16 de enero, rechaza la pretensión de que se aplique la eximente completa de anomalía o alteración psíquica, basada en ese diagnóstico de piromanía junto con una personalidad anómala con marcados rasgos de inferioridad, inseguridad, inhibición e inmadurez psicoafectiva, y lo hace razonando que no puede afirmarse que el impulso fuera incontrolable “*pues en el acto de la vista oral dicha perito habló de un impulso difícil de controlar, y el hecho de ser difícil de controlar no significa que el mismo sea irresistible, por lo que no se puede hablar de que tuviera una afectación total y absoluta de su capacidad volitiva*”.

Sin embargo, la sentencia de la Audiencia Provincial de Lugo (Sección 2ª) 121/2009, de 19 de junio, rechazó apreciar cualquier disminución de responsabilidad a un sujeto que ya había sido condenado anteriormente por delitos de incendio y que, encontrándose cumpliendo una medida de seguridad de internamiento impuesta en anteriores condenas, salió del centro e incendió de nuevo un monte cercano, ardiendo bastantes hectáreas de arbolado, y ello con la afirmación, sin mayores comentarios, que ya se contenía en la sentencia de instancia respecto a que “*en el momento de producirse los hechos el acusado sufría un trastorno de la personalidad no filiado con rasgos disociales y manipuladores, consumo perjudicial del alcohol y piromanía, pero no le provocaba alteración alguna de sus facultades intelectivas y volitivas*”.

4-Cleptomanía

El manual americano de diagnóstico caracteriza este trastorno por el fracaso recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario, el aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo, el placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo, la ausencia de móviles de rabia o venganza, así como de

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

delirios o alucinaciones y, finalmente, que el robo no se explique mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maniaco o un trastorno de la personalidad antisocial; a efectos legales, cuando habla de robo debe entenderse incluido el tradicional hurto de nuestro derecho penal, pues no todos los sistemas diferencian las formas de sustracción en atención al empleo o no de violencia, e incluso cabría indicar que en la cleptomanía es mas frecuente la conducta no violenta, de descuido o distracción.

La doctrina general la podemos encontrar en la Sentencia 569/2012, de 27 de junio, del Tribunal Supremo, referida a un supuesto de hecho en que un asesor hacía suyo el dinero que clientes le entregaban para el pago de impuestos; comienza reconociendo que *“la doctrina jurisprudencial en materia de tratamiento jurídico de los trastornos de la personalidad es desgraciadamente fluctuante y a veces con confusión conceptual psíquica, lo que no debe sorprender cuando en la propia bibliografía médica especializada persisten las discusiones sobre su naturaleza y origen, clasificación, efectos y posibilidad de tratamiento terapéutico”,* e incluso justifica que *“formado el concepto tradicional de enajenación a partir del modelo de la psicosis como arquetipo de la enfermedad psíquica, no es de extrañar que encontrara resistencia el reconocimiento del efecto excluyente y aún sólo limitativo de la imputabilidad de otros trastornos mentales distintos”,* para a continuación tratar de aproximarse a qué sea la cleptomanía en los siguientes términos:

“Los trastornos de la personalidad, como es el caso, son patrones característicos del pensamiento, de los sentimientos y de las relaciones interpersonales que pueden producir alteraciones funcionales o sufrimientos subjetivos en las personas y son susceptibles de tratamiento (psicoterapia o fármacos) e incluso pueden constituir el primer signo de otras alteraciones más graves (enfermedad neurológica), pero ello no quiere decir que la capacidad de entender y querer del sujeto esté disminuida o alterada desde el punto de vista de la responsabilidad penal, pues junto a la posible base funcional o patológica, hay que insistir, debe considerarse normativamente la influencia que ello tiene en la imputabilidad del sujeto, y los trastornos de la personalidad no han sido considerados en línea de principio por la Jurisprudencia como enfermedades mentales que afecten a la capacidad de culpabilidad del mismo... en relación al trastorno de personalidad, cleptomanía, se caracteriza por las conductas reiteradas de ceder a los impulsos y por la tensión, a veces intolerable, de sustraer objetos que no son obtenidos por su valor monetario, para uso personal o como ganancia o beneficio patrimonial. Las conductas han de ser recurrentes y ante ellas ha de experimentarse la dificultad para controlar los impulsos y esas tendencias a la repetición. Se actúa tras sufrir una fuerte tensión emocional creciente, que sólo cede al obedecer al impulso, sintiendo alivio o gratificación. Desde el punto de vista de la fenomenología, no es descartado pensar que la cleptomanía es tan sólo una manifestación clínica concreta en la que subyace un trastorno obsesivo compulsivo. Y ello es así porque el verdadero trastorno de cleptomanía lleva aparejada la conciencia de que es un acto absurdo, sin sentido racional, tras el que se experimenta bienestar y liberación por la desaparición de la tensión, pero también autoreproches o ideas de culpa, es decir, con malestar clínico significativo. A menudo es causa de reacciones depresivas, estados de ansiedad o, inclusive, estados de pánico. Otros profesionales, partidarios de teorías psicoanalíticas, sostienen que esta conducta representa una defensa o una gratificación simbólica de impulsos, deseos, conflictos o necesidades inconscientes. Estos podrían reflejar temas sexuales o masoquistas y el hurto podía ser el mecanismo por el cual el individuo narcisista vulnerable satisface el impulso para evitar la fragmentación del yo. El cleptómano -con más frecuencia la cleptómana- actúa en solitario, se arriesga, sustrae,

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

generalmente hurta, objetos inútiles, no le sirve la experiencia anterior ni la culpa, para que desaparezca la conducta patológica. Y ello a pesar de los problemas que esto le crea, de tipo familiar, profesional, legales o judiciales.

Los delitos están en relación con la definición específica del trastorno, es decir, hurtos y robos de diversos objetos en tiendas, museos, exposiciones, etc., sólo a veces planificados y las más de forma impulsiva. Este trastorno no se puede confundir con los hurtos en tiendas para satisfacer caprichos, vender posteriormente los artículos sustraídos, para poner en evidencia los mecanismos de seguridad o como represalia, revancha o venganza contra los comerciantes, etc... En definitiva, la cleptomanía es un trastorno del control de los impulsos cuya característica esencial es la dificultad recurrente para controlar los impulsos de tomar cualquier objeto, aún cuando no sea necesario para el uso personal o por su valor económico. El individuo experimenta una sensación de tensión creciente antes de la acción, seguida de bienestar, gratificación o liberación cuando lo lleva a cabo. Los objetos son tomados a pesar de que tengan poco valor para el individuo, que tendría medios para adquirirlos y que con frecuencia se desprende de ellos y no los usa. A veces, los acumula o los devuelve inesperadamente", y concluye "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".

Pese a esa doctrina general, en relación con el caso concreto, sostiene que "según el perito, ... la cleptomanía es un trastorno de control de impulsos que parece incompatible con la premeditación, con argucias para la obtención de los bienes, con una justificación racional como la existencia de problemas económicos, con una selección del sujeto pasivo de la acción o con el lugar o medios con que se realiza. Se trata de un comportamiento impulsivo, no premeditado, que produce cierta satisfacción en quien lo hace. En el presente caso las acciones desarrolladas por el acusado no responden a ese patrón. El acusado ha sido selectivo en cuanto a los medios empleados y la víctima elegida para su acción. Los actos han sido repetidos sobre la misma persona y utilizando una misma situación. Se ha reiterado en el tiempo, ha respondido a una planificación y, además, el acusado ha utilizado medios fraudulentos (falsedades documentales reiteradas) para encubrir y justificar su acción", por lo que niega todo efecto a su patología.

En la llamada Jurisprudencia menor no es extraña su consideración como verdadera eximente; así, la sentencia 737/13 de la Audiencia Provincial de León, de 18 de noviembre, ante una falta de hurto de un simple contorno de ojos en un centro comercial, por parte de quien se dice que padece "un Trastorno de control de impulsos en la modalidad conocida como cleptomanía que tiene una intensidad invalidante", se afirma que "la apelante padece un trastorno obsesivo-compulsivo de etiología psicógena, lo que nos sitúa ante la categoría psiquiátrica, relativamente nueva, del conocido como Trastorno de control de impulsos, consistente en que quien lo padece siente la tentación y el impulso repetitivo de llevar a cabo determinada clase de actos que, según su significado, han dado lugar a diferenciar entre distintos tipos de Trastornos de control de impulsos: así, se habla de ludopatía, piromanía, cleptomanía o tricotilomanía, según que los impulsos y actos repetitivos del paciente consistan en conductas relativas al juego, a la provocación de incendios, al apoderamiento de objetos o, en la última modalidad, a arrancarse el pelo.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En cualquier caso, lo importante desde el punto de vista clínico, con incidencia en los aspectos jurídicos penales, es que el individuo es incapaz de resistirse, es decir, pierde la libertad de controlarse. Si no sucediera así, nos encontraríamos simplemente ante un hábito perjudicial pero voluntario que para algunos tratadistas no rebasa la condición de un simple vicio.

En cualquier caso, el Trastorno de control de impulsos tiene que tener una intensidad suficiente para que pueda merecer consideración desde el punto de vista clínico y alguna repercusión de exención o atenuatoria de la responsabilidad en el orden penal.

En el presente caso, ..., el Trastorno de control de impulsos que padece la apelante se trata de una cleptomanía de intensidad invalidante lo que hace que deba estimarse, a su favor, la concurrencia de la circunstancia eximente 1ª del artículo 20 del Código Penal, de anomalía o alteración psíquica por padecer un Trastorno de control de impulsos que le impide actuar conforme a la comprensión, que conserva, de la ilicitud del acto que se enjuicia en el presente caso. Adviértase que, según la bibliografía sobre psiquiatría que hemos consultado, (Manual de Psiquiatría General de Antonio Lobo Satué, Catedrático de la Universidad de Zaragoza) la cleptomanía se refiere al impulso de robar objetos que, en los casos mas característicos no se utilizan personalmente, no hay afán de lucro en realidad y que, como ocurre en el resto de los Trastornos de control de impulsos se da un repetido fracaso para controlarse; los individuos son conscientes de lo incorrecto de su conducta, llegando en algunos casos a haber sentimiento de culpa".

Detallada es también la sentencia de la Sección 4ª de la Audiencia Provincial de Sevilla 697/2003, de 23 de diciembre, referida igualmente a un hurto al descuido en unos grandes almacenes; añade el siguiente hecho probado: *"la cleptomanía produce a la acusada el impulso súbito e irresistible de sustraer objetos de las tiendas, normalmente de poco valor y a veces inservibles para ella; impulso que le produce una tensión insoportable que sólo cede cuando comete la sustracción. Esta patología, unida a su retraso mental leve, abolía por completo su capacidad de actuar conforme a su comprensión de la ilicitud del hecho que realizaba en el momento de perpetrarlo"*; estima el recurso y aprecia la eximente completa, con los siguientes razonamientos:

"SEGUNDO.- Aunque el término cleptomanía se acuñó hace más de dos siglos para describir el impulso de robar objetos innecesarios o de pequeño valor, fue el clásico alienista francés Matías el primero en describir científicamente el trastorno y clasificarlo entre los que llamó monomanías en su tratado Des maladies mentales de 1838, considerado por muchos como el primer libro en exponer una visión objetiva y racional de los trastornos mentales. Merece por ello incluir una cita de este tratado, aunque hayamos de confesar que es de segunda o tercera mano. Matías habría escrito que en la cleptomanía el control volitivo está profundamente comprometido: el paciente se ve constreñido a ejecutar actos que no son dictados ni por su razón ni por sus emociones, actos que su conciencia desaprueba; pero no muestra una intención deliberada. Y ello porque, según el mismo autor, aunque el sujeto frecuentemente se esfuerza en evitar el comportamiento prohibido, por su propia naturaleza el impulso de realizarlo es irresistible.

Más modernamente, las nosologías canónicas, DSM-IV y CIE-X, incluyen la cleptomanía entre los trastornos del control de los impulsos, describiéndola, en términos que no se alejan mucho de los de Matías, como una patología caracterizada por la imposibilidad repetida de resistir a los impulsos de

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

sustraer objetos, que no son hurtados o robados por su utilidad inmediata o por su valor monetario. El sujeto sufre un estado de tensión creciente antes del acto, que llega a ser insoportable y que sólo se alivia al ceder al impulso, dejando paso a un sentimiento de relajación y satisfacción durante e inmediatamente después de la realización del hurto o robo, luego sucedido por el sentimiento de culpa. El impulso llega de manera inesperada, sin planearlo previamente, y resulta irrefrenable para el enfermo. Éste es consciente en todo momento de la antijuridicidad de su conducta, por lo que la euforia del paso a la acción desaparece rápidamente, dando lugar a sentimientos de culpa, ansiedad y estados depresivos. El cleptómano actúa en solitario, se arriesga, no le sirve la experiencia anterior ni la culpa para que desaparezca la conducta patológica. Como criterio de diagnóstico negativo se señala que en la cleptomanía la sustracción no es cometida para expresar rabia o venganza, y tampoco es una respuesta a un delirio o a una alucinación.

Así acotada nosológicamente, la cleptomanía, con frecuencia asociada a otros trastornos, es un desorden del control de los impulsos raro de encontrar, calculándose que sólo del uno al ocho por ciento de los hurtos o robos en establecimientos comerciales son cometidos por cleptómanos. Por cleptómanas, habría acaso que decir, pues se trata de una patología que afecta sobre todo a mujeres, especialmente en la treintena, tendiendo a decrecer con la edad.

TERCERO.- Pues bien, si se acepta que la cleptomanía es una patología psíquica de las características descritas en el fundamento anterior, forzosamente habrá de convenirse entonces en que el cleptómano no es penalmente imputable por los pequeños hurtos o robos que cometa bajo el impulso de su trastorno; puesto que en ese momento no es accesible a la motivación por la norma penal, dominado como está por un impulso que todos los autores describen como irresistible o irrefrenable de cometer la acción antijurídica para aliviar la tensión insoportable que padece. El hurto del cleptómano es un supuesto paradigmático de aplicación del artículo 20.1 del Código Penal: el sujeto activo, a causa de su anomalía psíquica, es capaz de comprender la ilicitud del hecho, pero no de actuar conforme a esa comprensión, pues no puede refrenar el impulso criminal que le domina a su pesar.

CUARTO.- La proyección del criterio expuesto sobre el caso de autos sólo puede llevar a la conclusión estimatoria del recurso, con la consiguiente absolución de la acusada por razón de inimputabilidad.

En efecto, el hecho enjuiciado presenta todas y cada una de las características definidoras del típico hurto cleptómano, salvo acaso el del valor de lo sustraído, ciertamente no despreciable, pero que parece deberse a un factor puramente aleatorio y circunstancial. La acusada, a su vez, presenta todos los rasgos patognomónicos de la cleptomanía, hasta extremos que rozan la caricatura o el estereotipo. Basta para comprobarlo con leer el informe del facultativo del servicio de urgencias psiquiátricas al que la Policía, con prudente criterio, trasladó a la acusada durante su detención, por tener referencias de anteriores estancias en dicho servicio y de antecedentes autolíticos (diligencia policial, folio 4). Según el aludido informe (folio 10), la paciente, de treinta y ocho años de edad, refiere que desde hace años siente la necesidad imperiosa de coger objetos de las tiendas. Suele coger objetos de poco valor y a veces inservibles para ella. Cuando lo hace nota que se siente más tranquila. Además presenta una serie de vivencias de autorreferencia secundarias a este problema, pensando que la gente la critica y sabe lo que hace. Si no supiéramos, por el informe médico-forense

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

(folios 19 a 21) que la acusada es una jornalera agrícola apenas alfabetizada, que suma con los dedos e ignora las restantes operaciones aritméticas elementales, pensaríamos que una autodescripción tan ajustada a los criterios diagnósticos de la cleptomanía no puede ser espontánea.

Por si fuera poco, el aludido informe médico-forense confirma la impresión diagnóstica del psiquiatra de urgencias, en el sentido de que la acusada padece además un retraso mental leve, que todavía dificulta más el control de los impulsos. En estas condiciones, la conclusión absolutoria resulta obligada, por nociva que resulte para los legítimos intereses político-criminales de la entidad comercial que ejerce la acusación particular”.

5-Juego patológico

El capítulo de los trastornos adictivos del DSM-V incluye ahora, junto a los trastornos relacionados con sustancias, el conocido como juego patológico, al estimar que existe evidencia de que los comportamientos de juego patológico activan los sistemas de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque éste produce síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias.

Como criterios diagnósticos, debe tratarse de un patrón de juego problemático persistente y recurrente, que no se explique mejor por un episodio maníaco y que provoque un deterioro o malestar clínicamente significativo, exigiéndose la presencia de al menos cuatro de los hasta nueve criterios que enumera (entre ellos, esfuerzos repetidos y sin éxito para controlar, reducir o abandonar el juego, mentir para ocultar su grado de implicación en el juego y poner en peligro o perder una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego). Quizá a efectos penales lo más relevante sea determinar la intensidad o gravedad del trastorno, pues de ello habrá de derivar el grado de compromiso de las facultades volitivas del sujeto, siendo llamativo que los jugadores patológicos más graves han de cumplir ocho o nueve de los indicados criterios, incluidos los más infrecuentes que son poner en peligro las relaciones u oportunidades laborales debido al juego y depender de otros para obtener el dinero perdido, en tanto que aquellos que sólo satisfacen cuatro o cinco son calificadas como juego patológico leve.

El propio manual reconoce que el juego patológico tiene consecuencias funcionales pues puede afectar a ciertas áreas del funcionamiento psicosocial y de la salud física y mental, de manera que las personas con este trastorno pueden poner en riesgo o perder importantes relaciones con los miembros de su familia o los amigos debido a su implicación en el juego, singularmente porque mienten repetidamente a los demás para ocultarla magnitud del problema o porque solicitan el dinero que utilizan para jugar o para pagar las deudas; también afecta a las actividades laborales o académicas, con pobre rendimiento en el trabajo o en la escuela y el absentismo, ya que los individuos pueden jugar durante las horas de trabajo o de formación o pueden estar preocupados por el juego o por sus consecuencias adversas cuando deberían estar trabajando o estudiando; y finalmente, acostumbran tener una salud general deteriorada y suelen hacer bastante uso de los servicios médicos. Todo ello tiene, ha de tener necesariamente, traducción en el ámbito jurídico penal, en la medida en que esa compulsión al juego limita de alguna manera la capacidad del sujeto de comportarse de forma adecuada a la norma social, por más que conozca ésta y la entienda.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

La sentencia del Tribunal Supremo de 3 de Enero de 1990, bajo la vigencia del anterior Código Penal y ante la solicitud de apreciación de una atenuante en base al diagnóstico de juego patológico, lo rechaza con el argumento de que *“el juego patológico descrito en el referido informe médico no es una enfermedad, como muy bien dice el propio informe, y, por tanto, no cabe en el concepto de enajenado que acoge el núm. 1.º del art. 8.º, y menos aún en el de trastorno mental transitorio”,* lo que viene a coincidir con el criterio general que se venía aplicando a las psicopatías o trastornos de la personalidad.

Sin embargo, pronto se empieza a advertir una segunda línea argumental, aún bajo el imperio del anterior Código Penal, en el afrontamiento de la ludopatía o juego patológico, y muestra de ello puede ser la sentencia de la Sección Primera de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional de 16 de noviembre de 1990, que aprecia una atenuante por analogía poniendo el acento en el aspecto adictivo -que hemos visto se ha acabado imponiendo en el DSM V-, con el siguiente razonamiento: *“ya que el acusado, por su desmesurada afición al juego, padece la enfermedad conocida por ludopatía, que implica una dependencia biopsicológica y conductual, constituida por impulsos irresistibles hacia algo, para cuya consecución se supedita todo, como sentimientos, normas éticas, sociales y familiares, y sobre todo, disponibilidades económicas, al tratarse de una adicción creciente, que encierra al individuo que lo padece en espacios psicológicos alterados, con repercusiones sensibles en su conducta y voluntad, por razón al trastorno que, efectivamente, le afecta y si bien no le priva plenamente de actividad intelectual y de imputabilidad, sí las atenúa notablemente, ya que el afectado se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir la tentación de jugar, con incidencia grave en los objetivos personales-familiares y profesionales y tal dependencia le lleva a realizar hechos delictivos, ante los cuáles no está en condiciones de oponer una decidida voluntad para su no ejecución, presentando diversos estados de desviación psicopática”;* aunque encierra cierta contradicción entre los efectos que describe y el alcance que luego da a la patología, e incluso maneja conceptos poco científicos como desmesurada afición al juego, tiene la importancia de destacar, ya que, pese a no condicionar la esfera intelectual del sujeto, sí que el sujeto tiene limitada su capacidad volitiva precisamente por lo irresistible del impulso.

A esa idea parece adscribirse el propio Tribunal Supremo poco tiempo después, pues en la sentencia de la Sala 2ª del Tribunal Supremo de 29 de abril de 1991 se habla ya del juego patológico como *“la pérdida de control o de habilidad para dejar de jugar. Así pues, el juego deja de ser un entretenimiento para convertirse en una necesidad que le lleva a sufrir pérdidas repetidas y excesivas en constante búsqueda de un cambio de fortuna”,* para concluir que *“no tan importante es su conceptualización (la del juego patológico) como un trastorno del control de los impulsos, o como una dependencia o adicción no tóxica, sino que relevante es si la conducta del procesado puede enmarcarse en el término juego patológico o ludopatía, y las repercusiones que ello entrañaría en su capacidad de raciocinio y volición, a efectos de aplicación de la circunstancia de exención incompleta que propugna el recurrente o, por el contrario, no alcanza entidad suficiente para que pueda estimarse la concurrencia de aquélla, o sólo una circunstancia de atenuación por la vía analógica del art. 9 número 10”,* recordando a continuación que la personalidad del acusado es *“inmadura, cognitiva y emocionalmente, con una visión fantasiosa y poco práctica de la vida y un nivel de aspiraciones desproporcionado a sus propias capacidades y recursos operativos, que favorecieron en él el juego patológico, caracterizado por el fracaso crónico y progresivo de la capacidad para resistir los impulsos a jugar, que se acentúan en períodos de stress y que vienen precedidos por una inquietud y ansiedad*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

generalizadas, que cesan con el juego y se renuevan tras él", para concluir apreciando una atenuante por analogía que, precisamente, relaciona con la adicción a las drogas, pues "la equiparación por su análoga significación no quiere decir solamente que tenga un sustrato fáctico semejante, sino que la respuesta punitiva debe estar orientada en un mismo sentido, para que su finalidad y objetivos sean análogos en su entidad y significado a los establecidos para su homóloga circunstancia de exención o atenuación" e incluso propone "de esta forma, si lo estiman procedente los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional penal, apliquen las medidas sustitutorias de internamiento y tratamiento adecuado, previstas para los supuestos de enajenación mental completa o incompleta".

En esa línea evolutiva, aunque en sede teórica se admite que pueda llegar a integrar una eximente completa, lo cierto es que en la práctica sólo se aprecia rara vez una eximente incompleta y, con más frecuencia, una atenuante por analogía -pues no está expresamente prevista como tal-; este último es el caso de la sentencia de la Audiencia Provincial de Sevilla, Sección 4ª, Sentencia 538/2007 de 23 de noviembre de 2007, que comienza por añadir como hecho probado que *"el acusado, nacido el 25 de septiembre de 1970, sufre, al menos desde el año 1997, de ludopatía, trastorno de los hábitos y del control de los impulsos caracterizado por la adicción compulsiva a los juegos de apuestas, que dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones familiares y sociales, llevándole a una espiral de pérdidas crecientes e impulsándole a obtener por cualquier medio el dinero necesario para seguir jugando y para hacer frente a las deudas ya contraídas en esa actividad. Además, en las fechas de autos era consumidor habitual de cocaína"*. Y sobre esa base fáctica, se razona de forma tan extensa pero clara y contundente que no nos resistimos a transcribirlo en toda su extensión: *"el trastorno por juego patológico, reconocido como tal entidad nosológica desde 1980 y hoy generalmente denominado "ludopatía" (cuando, en puridad, debería ser "ludomanía"), es un trastorno altamente incapacitante, que cursa de forma progresiva y crónica y que tiene un importante influjo criminógeno en el sujeto afectado, favoreciendo la comisión de delitos contra el patrimonio, especialmente de tipo fraudatorio o de apoderamiento sin violencia. Como en el propio informe del médico forense se cita literalmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), al describir esta patología (F63.0 de la mencionada clasificación) señala que "los juegos de apuestas [...] dominan la vida del enfermo, en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo", de modo que "los afectados por este trastorno pueden arriesgar sus empleos, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas". Y del mismo modo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV-R) incluye entre los criterios diagnósticos de lo que en esta nosología se denomina "juego patológico" (epígrafe 312.31) precisamente el que "se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego"*.

La relación etiológica entre la presencia del trastorno que la sentencia impugnada declara probado que padece el acusado y la comisión de delitos del tipo del que éste reconoce haber perpetrado aparece así clara en la literatura científica sobre esta patología, y supone con igual claridad una disminución, que será mayor o menor según los casos pero en todo caso real, de la capacidad del sujeto de ser motivado por la norma penal en relación con este tipo de actos, siendo en esa capacidad en la que descansa el juicio de culpabilidad.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

La jurisprudencia, por su parte, no ha tenido inconveniente en reconocer la ludopatía, partiendo obviamente de la cumplida acreditación de su concurrencia y de su relación de causalidad psíquica con el delito cometido, como sustrato de una atenuante analógica del artículo 21.6º, en relación con el 21.2º, ambos del Código Penal, por tener análoga significación que otras adicciones graves previstas como atenuantes en el segundo precepto citado... En palabras de la citada sentencia 659/2003, que parece sintetizar la tópica jurisprudencial vigente en la materia, de modo que se reproduce textualmente en la 1224/2006, "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 [...] por tener análoga significación que otras adicciones graves [...].

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. Si esto es así incluso en casos de adicciones que crean una dependencia física, como sucede con las sustancias estupefacientes, en mayor medida ha de aplicarse en supuestos de mera dependencia psíquica, como ocurre con la adicción al juego.

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 de 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 los que la adicción obra sólo como impulso organizado (racional y dominable) para lograr el futuro placer del juego".

Aparte de lo desafortunado que pueda resultar el último inciso de la sentencia transcrita (no reproducido ya en la más reciente), en cuanto parece afirmar que una adicción patológica pueda dar lugar a un impulso racional y dominable encaminado a satisfacerla, lo cierto es que el supuesto objeto de enjuiciamiento se ajusta perfectamente a las pautas establecidas por la jurisprudencia para la apreciación de la ludopatía como atenuante analógica.

En primer lugar, la gravedad de la adicción está fuera de duda a la vista del historial del acusado, que ya en enero de 1998 solicitó de una asociación especializada "ayuda para resolver su adicción al juego" (folio 345), fracasando en el tratamiento tras tres meses de mantenimiento en el programa, y que luego cometió a lo largo del año 2000 reiterados delitos patrimoniales fraudulentos, incluido el ahora juzgado, que tanto los informes penitenciarios (folios 408-409) como el médico forense (folio 470) relacionan etiológicamente con su compulsión por el juego, que en una de las sentencias condenatorias fue apreciada como eximente incompleta (folio 498), aunque se le negara relevancia atenuante otra (folio 493) y no saliera a la luz como tal en la tercera (folios 483-484).

En segundo lugar, conforme a los criterios nosológicos mencionados en el fundamento segundo, no puede dudarse tampoco de la relación de funcionalidad o causalidad psíquica entre la estafa perpetrada y la adicción al juego del acusado, ya que la comisión de este tipo de delitos es

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

precisamente una de las consecuencias más características del desarrollo de la ludopatía. En este punto es perfectamente aplicable al trastorno del acusado la tónica jurisprudencial establecida respecto a la drogadicción, a cuyo tenor la naturaleza y características de determinados delitos patrimoniales postulan por sí mismas su carácter funcional a la adicción del autor, sin necesidad de una prueba específica sobre este extremo a efectos de la aplicabilidad de una disminución de su imputabilidad (en este sentido, por ejemplo, sentencia del Tribunal Supremo 751/2000, de 3 de mayo, que cita a su vez la de 21 de diciembre de 1999).

Finalmente, no debe llevar a confusión la reiterada referencia que en la tónica jurisprudencial transcrita se hace al vínculo "directo e inmediato" entre la acción delictiva y la satisfacción de la compulsión ludópata; referencia que si se tomase en su literalidad sólo permitiría apreciar una disminución de responsabilidad en aquellos adictos al juego que cometiesen un delito patrimonial de apoderamiento y acto continuo gastasen el botín obtenido en una sala de juegos. En realidad, la exigencia de esa relación directa e inmediata -que no se requiere respecto de adicciones a sustancias- no puede entenderse sino como el residuo, carente ya de su significado original, de una línea jurisprudencial anterior, representada por la sentencia 1126/1993, de 18 de mayo, y que encuentra su última manifestación en la 1938/2002, ya citada, que consideraba que "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 la compulsión en el ámbito lúdico".

Pero, como puede verse, la aludida doctrina parte, a su vez, de un entendimiento de la ludopatía como exclusivo trastorno del control de los impulsos (al modo en que opera la cleptomanía, por ejemplo), a lo que ciertamente apunta alguno de los criterios diagnósticos de la CIE-10, pero que hoy se encuentra superado en el ámbito clínico y nosológico, de forma que los criterios diagnósticos del DSM-IV para el juego patológico tienen exactamente el mismo diseño que los de las adicciones a sustancias, lo que muestra la concepción del trastorno que nos ocupa como un "problema adictivo 'sin' sustancia", que es hoy la absolutamente dominante en la psiquiatría clínica. De modo que son los criterios jurisprudenciales, generalmente aplicados a los trastornos por adicción y no los relativos a trastornos del control de los impulsos, los que deben ser aplicados a la hora de valorar la relación entre la patología en cuestión y el delito perpetrado. Y así lo hace, además, la propia práctica jurisprudencial, al apreciar en todas las sentencias que hemos citado una atenuante analógica en supuestos en que faltaba esa pretendida intermediación temporal entre el hecho delictivo y la satisfacción de la compulsión al juego.

Ha de señalarse, por último, que la condición de consumidor habitual de cocaína que tenía en las fechas de autos el acusado, según resulta de los informes penitenciarios ya aludidos y del de la Asociación Proyecto Hombre (folio 397), aunque carezca de una base probatoria que permita considerarla una adicción de la suficiente gravedad como para integrar por sí sola una circunstancia atenuante autónoma, sí es un dato significativo más, por la doble razón de que confirma la personalidad adictiva del acusado y de que incrementaba sus necesidades económicas para satisfacer tales adicciones.

Por cuanto se lleva expuesto en los fundamentos anteriores, se impone la conclusión de que procede estimar el único motivo de impugnación del recurso del acusado, apreciando en el delito de estafa por

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

el que ha sido condenado la atenuante analógica de ludopatía, conforme a los números 6º y 2º del artículo 21 del Código Penal; sin que sea precisa especial motivación para desechar una posible calificación de la atenuante como muy cualificada o su consideración como eximente incompleta en relación a la de anomalía psíquica, por no constar en absoluto la extraordinaria gravedad del trastorno, por su intensidad o por sus efectos sobre su capacidad de ser motivado por la norma penal".

Y esta evolución puede entenderse que culmina ya con la sentencia del Tribunal Supremo 932/2013, de 4 de Diciembre de 2013, referida a un supuesto de hecho en que la acusada se había gastado el dinero recibido para otros fines y en esos momentos padecía un *"trastorno clínico de ludopatía y distimia, lo que afectaba gravemente a su capacidad volitiva"*; comienza reconociendo que la jurisprudencia *"suele ser muy restrictiva en la apreciación de esta neurosis de ludopatía, que viene exigiendo una acreditación cumplida para la aplicación de la atenuante y asimismo se exige su conexión con el delito objeto de enjuiciamiento, dada su naturaleza de factor criminógeno que genera una delincuencia funcional"*. Pero recuerda, a continuación, que *"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... 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. Dicho en la moderna terminología del Código Penal, se estaría vía art. 20-1º del Código Penal en una situación de total alteración psíquica que le impediría al sujeto afectado a actuar conforme a la comprensión --que conoce-- de la ilicitud de su acción. 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 sólo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en ese estadio, racional y dominable, o al menos no irrefrenable"*. Esta última expresión es precisamente la que criticaba la precedente resolución, por entender que en determinadas situaciones el impulso es controlable, lo que sólo permitiría apreciar la circunstancia cuando se ejecute el hecho ante la inmediatez temporal e incluso geográfica del juego.

En realidad, está reproduciendo o casi resucitando aquellas tesis iniciales al reconocer abiertamente que para que la ludopatía produzca efecto jurídico atenuatorio de la responsabilidad, la ejecución del hecho *"debe ser consecuencia del trastorno, por ello debe tratarse de una delincuencia funcional, esto es provocada por la necesidad del sujeto de proveerse de dinero para satisfacer su ludopatía. Se trata de la misma estructura que la existente en el drogodependiente que comete delito para satisfacer su adicción a las drogas"*. Ello no obstante, admitiendo que en casos de gran intensidad compulsiva cabe apreciar la eximente incompleta -y confirma en este sentido la sentencia de instancia-, no deja de insistir en que *"ciertamente se está ante una situación de neurosis estable, no compulsiva, perfectamente diagnosticada y que afecta no tanto a la capacidad de conocer --la ilicitud de la acción--, sino a la capacidad de decidir, por el impulso del juego, pero pretender que la recurrente tuvo anulada su voluntad nada menos que durante los 14 meses en los que la víctima hizo las 48 transferencias bancarias por el engaño del que fue objeto, es algo que no se deriva de los informes médicos analizados en esta sede casacional"*.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Es decir, no sólo exige una directa conexión causal entre el trastorno de juego patológico y la conducta enjuiciada, entendida como necesidad de obtener recursos económicos con los que atender a la adicción, sino que exige también una, siempre difícil de acreditar, persistencia de los síntomas durante todo el tiempo que dure la acción, lo que dificulta notablemente la posible apreciación de una eximente.

Ratifica esta doctrina ya en fechas más recientes el auto del Tribunal Supremo 1227/13, de 13 de junio ("por tener análoga significación que otras adicciones graves prevenidas como atenuantes"), con el matiz de que *"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. 2º Código Penal que las adicciones o dependencias que no sean graves no constituyen causa de atenuación. Si esto es así incluso en casos de adicciones que crean dependencia física, como sucede con las sustancias estupefacientes, en mayor medida ha de aplicarse en supuestos de mera dependencia, psíquica como ocurre con la adicción al juego"*, además de que podrá apreciarse "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 los que la adicción, actuaría sólo como impulso organizado (racional y dominable) para lograr el futuro placer del juego.

Insiste periódicamente el Tribunal Supremo en la necesidad de intermediación entre la patología, el impulso y los hechos, y así en la sentencia 52/2013, de 4 de febrero, se recuerda que sólo atenuará la responsabilidad *"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"* adicción al juego. Esta línea se ha mantenido, sin fisuras, en la última sentencia localizada referida al juego patológico, la sentencia del Tribunal Supremo 211/2014, de 18 de marzo.

6-Comprador compulsivo

Al tratar del juego patológico, el DSM V afirma que se han descrito otros patrones de comportamiento excesivos pero que la investigación acerca de esos síndromes comportamentales no es muy sólida, motivo por el que no incorpora los que llama grupos de comportamientos repetitivos, que algunos califican como adicciones comportamentales, como la adicción al sexo, la adicción al ejercicio o la adicción a las compras, puesto que no existen suficientes datos científicos para establecer los criterios diagnósticos y las descripciones de su curso, fundamentales para considerar estos comportamientos como trastornos mentales.

De este modo, la misma existencia del trastorno de comprador compulsivo o trastorno adictivo a las compras es una entidad controvertida en los propios ámbitos psiquiátricos, que desde su aparición en los años 90 han oscilado entre su inclusión en los trastornos de control de impulsos hasta la aproximación más reciente a las mencionadas adicciones conductuales, no faltando incluso quienes previenen que esta última construcción puede acabar proporcionando una excusa dispuesta para descargar la responsabilidad personal y que sería fácilmente utilizada de forma errónea en esquemas forenses; en todo caso, quizá lo importante sea quedarnos ahora con la doble idea de que dicha categoría no aparece expresamente recogida en la mas reciente clasificación del DSM-V (y sólo

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

podría obtener cobertura bajo alguna categoría genérica de los trastornos de control de los impulsos) y que lo relevante de éste como de todos los trastornos estriba en que sólo se reputan, más allá del mero rasgo de carácter, cuando los correspondientes patrones de comportamiento con significación clínica aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes.

Tratando esa adicción a las compras o trastorno de comprador compulsivo, la sentencia del Tribunal Supremo nº 135/2009, de 12 de febrero, partiendo de una pericial médica forense que apreció un trastorno del control de impulsos para la realización compulsiva de compras, destaca que no padece alteración alguna que le impidiera comprender la ilicitud de su conducta de estafa ni tiene alteradas su capacidad de conocimiento, ni su capacidad de actuar conforme a dicha comprensión, por lo que el posible descontrol de impulsos en una realización compulsiva de compras no tiene trascendencia en el momento de la comisión de los hechos delictivos, lo que le lleva a concluir que no está presente el efecto psicológico de una supresión o disminución notable de la capacidad de conocer la ilicitud del hecho y de determinar su comportamiento con arreglo a ese conocimiento, con relación precisamente al concreto hecho que se juzga, descartando la apreciación de la eximente, ya fuere completa o incompleta, precisamente porque la defraudación consistente en obtener dinero ajeno mediante el engaño no está en el ámbito de la conducta compulsiva a la realización de compras gastando el dinero que se posee.

Bueno será recordar, en todo caso, y por aproximación a la doctrina del Tribunal Supremo en otros trastornos cercanos, que el núcleo de la compulsión radica en las compras y no directamente en la comisión de delitos con los que obtener recursos económicos para subvenir a las compras o atender las deudas derivadas de éstas, delitos que sólo indirectamente pueden relacionarse con el eventual trastorno, pues los fondos pueden obtenerse por otras vías, quizá también de consecuencias negativas para el acusado y su entorno pero no delictivas, como el endeudamiento y la morosidad, por más que éstas también acabarían en una conflictiva situación económica que igualmente condicionaría su voluntad en punto a la obtención de recursos con los que, de algún modo, paliarla (apreciaciones que, por cierto, y como hemos visto, son pacíficas en otras adicciones con o sin sustancia, como la drogadicción o el juego patológico); además, el trastorno de que venimos hablando no provoca ningún tipo de alteraciones de la percepción de la realidad, menos aún de tipo psicótico, lo que puesto en conexión con la naturaleza del delito que se hubiere cometido, mas o menos reflexivo o dilatado en el tiempo, hace difícil pensar también que en todo momento alguien pueda tener mermada su capacidad de actuar conforme a la clara comprensión de la ilicitud de su conducta, por lo que en conclusión este trastorno puede apreciarse como atenuante análoga por una merma no muy significativa de la culpabilidad y difícilmente podrá llevarse mas allá.

CONTROL DE LOS IMPULSOS Y PELIGROSIDAD, CONSECUENCIAS LEGALES

Ya hemos expuesto antes que ni siquiera la apreciación de una eximente completa ante un trastorno del control de los impulsos determina la no intervención del derecho penal, que muy por el contrario sigue anudando a ello una consecuencia privativa de derechos como es la imposición de una medida

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

de seguridad, que puede ser incluso de internamiento, medida cuya naturaleza y extensión no se conecta ya con la reprochabilidad o culpabilidad sino que pivota sobre la peligrosidad del sujeto que, pese a no ser penalmente responsable, cometió el hecho. Ya abordamos esta cuestión con más extensión en estos mismos encuentros con ocasión del estudio de las perversiones, presentando unos perfiles muy similares, por lo que a ello nos remitimos¹², por más que será ahora útil recordar que no siempre las medidas reportarán verdadera utilidad, y así, por ejemplo, la sentencia 697/2003 de la Sección Cuarta de la Audiencia Provincial de Sevilla, que ya hemos mencionado, ante una eximente por cleptomanía, razona que *"aunque la peligrosidad delictiva futura deducible de la personalidad patológica de la acusada justificaría la imposición de una medida de seguridad, conforme a los artículos 6 y 95 del Código Penal, la misma resulta innecesaria por su dudosa utilidad, puesto que el retraso mental resulta difícilmente superable a su edad y en sus condiciones sociales y 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"*,

Sin entrar en el debate acerca de cómo deba orientarse ese tratamiento de los trastornos de control de los impulsos (aunque alguna eficacia parece tener la terapia conductual, incluso combinada con algunos fármacos con cierta acción serotoninérgica), por lo que hace a esta intervención basta por ahora con dejar constancia de que cualquier tratamiento incluso a penados es, siempre y en todo caso, voluntario, pues así se sigue del artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (*"toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios"*; *"todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento"*), del artículo 116 del Reglamento Penitenciario (*"la Administración Penitenciaria podrá realizar programas específicos de tratamiento para internos condenados por delitos contra la libertad sexual a tenor de su diagnóstico previo y todos aquellos otros que se considere oportuno establecer. El seguimiento de estos programas será siempre voluntario y no podrá suponer la marginación de los internos afectados en los Centros penitenciarios"*) y del propio artículo 100.3 del Código Penal (*"A estos efectos, no se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate"*).

En todo caso, la *peligrosidad* consustancial a este tipo de sujetos, entendida como probabilidad de comisión de nuevos delitos, sólo podrá ser conjurada, controlada o de algún modo minimizada mediante el tratamiento, pues sólo en la medida en que el sujeto aprenda a inhibir sus respuestas impulsivas podrá obtener una respuesta mas benévola del sistema, que, en otro caso, antepondrá la llamada seguridad colectiva frente al riesgo cierto de quien ya ha demostrado que su compulsión

¹² Delinquentes perversos y ¿peligrosos?. Tratamiento penal de los actos perversos. Conductas perversas: Psiquiatría y Ley. FEPSM. 6ª Jornadas Jurídico-Psiquiátricas, Córdoba 2010. Editorial Triacastela, Madrid 2011.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

daña a los demás¹³. Es por ello que en alguna ocasión hemos hablado de “voluntariedad inducida” en el tratamiento de los penados, pues la no sumisión voluntaria al mismo impedirá el acceso a ciertos beneficios penales y penitenciarios que pueden aligerar las condiciones e incluso el tiempo de condena o medida de seguridad.

1- Medidas de seguridad

Ya hemos dicho que la exención total o parcial de responsabilidad no conlleva la abstención del derecho penal, que por el contrario postula la imposición de una medida de seguridad, cuyo fundamento es precisamente la peligrosidad del sujeto (artículo 95 Código Penal: “Las medidas de seguridad se aplicarán ... siempre que ... del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos”), peligrosidad en cuya definición tendrá mucho que ver el abordaje terapéutico del sujeto.

Amén de la medida de internamiento “*para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie*” -que, por cierto, es aplicada con relativa frecuencia en la piromanía, por más que no siempre se especifica el tratamiento a seguir-, existen medidas no privativas de libertad, entre las que destaca la libertad vigilada, medida de reciente introducción en nuestro ordenamiento que consiste en el sometimiento del condenado a control judicial a través del cumplimiento por su parte de medidas tales como estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su seguimiento permanente, la prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal, la prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos, la prohibición de residir en determinados lugares, la prohibición de desempeñar concretas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza, la obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares y la obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

Ciertamente parecen medidas bastante adecuadas en muchos de los trastornos de control de los impulsos, impidiendo por ejemplo el acceso a lugares de juego en casos de ludopatía, o a determinados centros comerciales para cleptómanos, a zonas forestales los pirómanos o cuantas otras sugiera la imaginación del tribunal debidamente asesorado, por más que no cabe ser muy optimista respecto al modo de controlar el cumplimiento y eficacia de estas medidas. En todo caso, su incumplimiento sólo determina que el Juez o Tribunal pueda modificar las obligaciones o prohibiciones impuestas, aunque si el incumplimiento fuera reiterado o grave, revelador de la voluntad de no someterse a las obligaciones o prohibiciones impuestas, también se procederá contra el interesado por un presunto delito de quebrantamiento de medida de seguridad.

¹³ Tal peligrosidad se da por supuesta, por ejemplo, en el auto 301/2011 de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Castellón, con ocasión del internamiento cautelar de un menor, en donde se razona que “entre las características de riesgo que ... presenta se encuentra que *“probablemente tiene un Trastorno Negativista Desafiante”*”.

2-Suspensión de la ejecución

El primero de esos beneficios, que precisamente evita el cumplimiento material, es la tradicional suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad, que precisamente ha sido objeto de una profunda revisión en la enésima reforma del Código Penal llevada a cabo por la Ley Orgánica 1/15, de reciente entrada en vigor; el nuevo artículo 80 del Código Penal permite la suspensión de penas privativas de libertad no superiores a dos años *“cuando sea razonable esperar que la ejecución de la pena no sea necesaria para evitar la comisión futura por el penado de nuevos delitos”*, y obliga a valorar *“las circunstancias del delito cometido, las circunstancias personales del penado, sus antecedentes, su conducta posterior al hecho, en particular su esfuerzo para reparar el daño causado, sus circunstancias familiares y sociales, y los efectos que quepa esperar de la propia suspensión de la ejecución y del cumplimiento de las medidas que fueren impuestas”*; además, el Código permite condicionar la suspensión al cumplimiento de ciertas prohibiciones y deberes *“cuando ello resulte necesario para evitar el peligro de comisión de nuevos delitos”*, entre los cuales se incluye *“participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual, de defensa del medio ambiente, de protección de los animales, de igualdad de trato y no discriminación, y otros similares”*, *“participar en programas de deshabituación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos”* y *“los demás deberes que el juez o tribunal estime convenientes para la rehabilitación social del penado, previa conformidad de éste, siempre que no atenten contra su dignidad como persona”*.

3-Permisos ordinarios de salida

Ya durante el cumplimiento material de la pena de prisión que no hubiere sido suspendida, aparecen los permisos de salida como beneficio penitenciario preordenado a preparar la futura vida en libertad, que al tiempo alivia la tensión de internamientos prolongados; además de unos requisitos objetivos mínimos (artículo 47.2 de la Ley Orgánica General Penitenciaria y artículo 154.1 del Reglamento Penitenciario), deben estar presentes otros teleológicos de carácter subjetivo que el propio artículo 156.1 del citado Reglamento contempla, limitando su concesión cuando, por la peculiar trayectoria delictiva del penado, su personalidad anómala o la existencia de variables cualitativas desfavorables, resulte probable el quebrantamiento de la condena, la comisión de nuevos delitos o una repercusión negativa de la salida sobre el interno desde la perspectiva de su preparación para la vida en libertad o de su programa individualizado de tratamiento.

Destacando la utilidad que los permisos pueden tener como vía para poner en juego las habilidades y recursos que el interno haya podido adquirir en esos programas de tratamiento en relación con el núcleo de su actividad delictiva, que obviamente no son valorables en un ámbito cerrado donde no se enfrenta a los factores o situaciones de riesgo que encontrará en la vida en libertad, parece evidente que tratándose de trastornos del control de los impulsos habrá de observarse especial cautela y sólo con los oportunos informes de especialistas en relación con el núcleo de su patología podrán autorizarse los mismos, pues por definición, y en ausencia de tratamiento, el riesgo de reincidencia habrá de ser elevado; así pues, sólo cuando de algún modo se equilibre el binomio reinserción-peligrosidad cabrá plantearse un permiso, en tanto eso suponga que el penado ha adquirido

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

habilidades suficientes para identificar las situaciones de riesgo y elaborar respuestas adecuadas que inhiban el impulso delictivo. Cabe aquí llamar la atención acerca de que el artículo 156 del Reglamento Penitenciario permite imponer las condiciones y controles que se deban observar durante el disfrute del permiso de salida (cuyo cumplimiento será valorado para la concesión de nuevos permisos), por lo que sin otro límite que la imaginación y el respeto a los derechos fundamentales, podrán fijarse condiciones similares a las previstas para medidas de seguridad, como la prohibición de acudir a determinados lugares (que puede ser útil en el juego patológico, pero también en la cleptomanía e incluso en la piromanía), que de algún modo coadyuven al adecuado control de los impulsos, sin descartar -como ya hemos propuesto en otras ocasiones- la presentación periódica ante un terapeuta de referencia, indicado para detectar factores estresantes o de riesgo pero también para reforzar positivamente las actitudes del penado.

En este ámbito, la respuesta mas frecuente es que esos trastornos de personalidad a los que se niega singular significación en cuanto a la capacidad para ser penalmente responsable, son, sin embargo un valladar difícil de salvar para estas cortas salidas de libertad que suponen los permisos; así, no son inusuales denegaciones de permisos ordinarios de salida como la acordada por la Audiencia Provincial de Lugo, Sección 2ª, en auto 44/2012, de 20 de enero, pues *“las circunstancias concurrentes en el interno,... recogiendo en la sentencia la existencia, de un trastorno de la personalidad no filiado con rasgos disociales y manipuladores, consumo perjudicial de alcohol y piromanía... hacen que aparezca colegible el riesgo de reincidencia, debiendo añadirse el alto riesgo de quebrantamiento...”*.

4-Progresión a tercer grado

Sabido es que el tratamiento penitenciario se articula a medio de la clasificación en grados progresivos, siendo el tercer grado (aplicación del régimen abierto) el aplicable a aquellos internos que, por sus circunstancias personales y penitenciarias, estén capacitados para llevar a cabo un régimen de vida en semilibertad; es de imaginar que sólo podrán alcanzar este grado aquellos internos que de algún modo hayan controlado sus trastornos, y siempre después de haber cumplido determinada parte de la pena, límite que se fija por el Código Penal en atención a la duración de ésta y al tipo de delito cometido.

El Fiscal Emilio Sáez Malceñido ya afirmaba en 2013 que *“en la toma de decisiones sobre el grado penitenciario pesará indudablemente en primer lugar el factor puramente criminal, es decir, el estudio de la naturaleza del comportamiento que desplegó el preso estando en libertad. La importancia de la tipología delictiva descansa en que es el vehículo de manifestación de las carencias del interno, revelando cuáles serán las áreas que principalmente deben tratarse y a las que él mismo deberá entregarse de modo excepcional. Tratándose de delincuencia sexual, relacionada con la seguridad del tráfico, el ámbito familiar, se valorará cuáles son los compromisos adquiridos mediante la participación en talleres, coloquios y programas que se desarrollen en el centro sobre estos específicos componentes negativos de su conducta, así como la evolución del interno reflejados en los informes de los profesionales que imparten las correspondientes terapias grupales e individuales. Si estuviéramos en presencia de delitos caracterizados por su virulencia, el psicólogo podrá dar*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

*cuenta de los avances en el control de impulsos y los mecanismos adquiridos para que las respuestas a estímulos externos queden dentro de la normalidad. En el caso de que el delito tenga asociada alguna patología psíquica será necesario aguardar a que el dictamen psiquiátrico dé garantías en cuanto a la estabilización del interno y su concienciación de la enfermedad mediante el seguimiento del tratamiento que se le hubiera prescrito*¹⁴.

Prueba de esto último es el auto 226/2005, de 21 de julio, de la Audiencia Provincial de Cantabria, en que se deniega la progresión a tercer grado de un penado *“con actitud de inabordabilidad y fabulatoria lo que impide concretar la motivación de la actividad delictiva (constando indicios de problemas de piromanía), con rasgos de personalidad como la autosuficiencia, individualismo, frialdad, facilitando datos de su familia poco creíbles y contradictorios a lo que se añade la gravedad y tipología de los delitos”*.

5-Libertad condicional

La L.O. 1/15 ha modificado también de forma relevante la libertad condicional o *“cuarto grado”*, como algunos preferían llamarle, de tal forma que ahora en realidad es simplemente un mecanismo de suspensión de la ejecución de la parte de pena que estuviere pendiente; por lo que ahora nos interesa, el Código condiciona su concesión no sólo a la previa clasificación en tercer grado, el cumplimiento al menos de las tres cuartas partes de la pena impuesta y que haya observado buena conducta, sino que obliga a valorar la personalidad del penado, sus antecedentes, las circunstancias del delito cometido, la relevancia de los bienes jurídicos que podrían verse afectados por una reiteración en el delito, su conducta durante el cumplimiento de la pena, sus circunstancias familiares y sociales y los efectos que quepa esperar de la propia suspensión de la ejecución y del cumplimiento de las medidas que fueren impuestas; aunque no se diga expresamente, se está refiriendo de nuevo a la idea de peligrosidad, pues de hecho el artículo 90.5 indica que se revocará la suspensión de la ejecución del resto de la pena y la libertad condicional concedida cuando se ponga de manifiesto un cambio de las circunstancias que hubieran dado lugar a la suspensión que no permita mantener ya el pronóstico de falta de peligrosidad en que se fundaba la decisión adoptada. Al igual que ocurría con los demás beneficios, el juez de vigilancia puede imponer, al decretar la libertad condicional, la observancia de una o varias de las reglas de conducta o medidas previstas para la suspensión, lo que de definirse con acierto en el caso de los trastornos de control de los impulsos puede resultar especialmente útil antes que negar sin más dicho beneficio a quienes los padezcan.

VÍCTIMAS VULNERABLES POR DÉFICIT EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS

La L.O. 1/15 que ya hemos mencionado, en trance de adaptar nuestro Código Penal a la Convención Internacional sobre los derechos de personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, y a fin de perfilar las *“personas que constituyen objeto de una especial protección*

¹⁴ La intervención del Ministerio Fiscal en materia de clasificación penitenciaria. *Encuentro de jueces de vigilancia penitenciaria, fiscales e instituciones penitenciarias (2013). Cuadernos Digitales de Formación 15 – 2013.CGPJ*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

penal”, sustituye el concepto de minusvalía que hasta ahora manejaba por el de “discapacidad” y el de incapacidad por el de “*persona con discapacidad necesitada de una especial protección*”.

Así, el artículo 25 dice ahora que “*a los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.*

Asimismo a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad que, tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente”.

Aunque los conceptos son enormemente amplios, no parece que esté pensando precisamente en personas con trastornos de control de los impulsos como los que ahora nos ocupan. Sin embargo, esa limitación en el autocontrol del comportamiento y de las emociones puede convertir, sin duda, a quienes los padecen en víctimas propiciatorias de determinados delitos; piénsese, por ejemplo, en delitos económicos de corte fraudatorio o de abuso respecto de personas que sufren de juego patológico, en la utilización de pirómanos en incendios con fines económicos de terceros o en el lucrativo negocio de traficar con lo que sustraen cleptómanos. Nuestro derecho no da una respuesta específica a estas situaciones, y sólo en algunos delitos y porque así está expresamente previsto, llegan a operar como específicas agravaciones la singular vulnerabilidad de la víctima; en otros, como la estafa, en todo caso afectará al propio núcleo de la acción en la medida en que, por ejemplo, es más fácil describir qué sea “*engaño bastante*” en relación con una víctima a la que se defraude en relación con su trastorno, o al menos facilitará la prueba, pues no será lo mismo, por ejemplo, imponer condiciones e intereses leoninos a quien quiere el dinero de inmediato para apaciguar su impulso patológico de jugar que a cualquier otra persona.

Como venimos diciendo, es cierto que los trastornos de control de los impulsos no determinan per se ninguna suerte de vulnerabilidad frente a la mayoría de los delitos, especialmente cuando ésta se conforme en el terreno físico (al modo en que, por ejemplo, se cualifica el asesinato cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o discapacidad), pero sí que en función de las circunstancias podrá ser revelador de una mayor reprochabilidad cuando terceros se sirvan de esos trastornos para llevar a cabo conductas respecto de las cuales el sujeto no conserva íntegra su capacidad volitiva, tanto en los supuestos ya mencionados directamente conectados con el trastorno como en otros funcionalmente derivados de éste, como, señaladamente, la necesidad de obtener dinero con el que atender la situación derivada del juego patológico, compras compulsivas u otras situaciones, lo que puede ser utilizado y, por ejemplo, puede llevar a implicar al sujeto en conductas sexuales no queridas, prostitución u otros comportamientos delictivos semejantes; en este sentido, cabría por ejemplo reconducir esos comportamientos, en aras a dispensar mayor protección a la víctima afecta de un trastorno de control de impulsos, a preceptos como el artículo 188 del Código Penal, que sanciona al que “induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de un menor de edad o una persona con discapacidad necesitada de especial protección, o se lucre con ello, o explote de algún otro modo a un menor o a una persona con

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

discapacidad para estos fines”, e incluso agrava la respuesta “*cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación*”.

En todo caso, no cabe olvidar que el artículo 66 del Código Penal, para fijar la concreta extensión de las penas, obliga a atender a las circunstancias personales del delincuente y a la mayor o menor gravedad del hecho, donde sin duda tendrá cabida –de acreditarse– el aprovechamiento del trastorno de control de los impulsos que pudiera padecer la víctima en relación con el concreto delito del que ha sido víctima.

Podemos acabar este apartado con referencia a dos concretas sentencias; en la primera, dictada el 27 de abril de 2010 por el Tribunal Supremo con el número 416, se reconoce un trastorno negativista desafiante como secuela conectada de algún modo al hecho delictivo y se determina la correspondiente indemnización; el empleado de mantenimiento de un colegio había abusado sexualmente de varios de los niños que asistían al centro, y, expresamente, se declara probado que *como consecuencia de estos actos todos los menores han sufrido una alteración en su proceso de formación sexual, que en caso de José Antonio y en el de Leandro se ha visto acompañada de cierta inestabilidad psíquica de evolución incierta*; el Supremo añade *que según informes médicos existe un daño psíquico ya instaurado, así como un diagnóstico de "trastorno negativista desafiante" y "trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento"*, y también se habla de una interferencia en su desarrollo psicosexual, y tilda todo ello de secuelas psíquicas, por más que luego reputa correcta su indemnización como daño moral (en una confusión frecuente que ya hemos analizado en otro lugar¹⁵).

Finalmente, un abordaje singular de un trastorno negativista desafiante se contiene en la sentencia de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Toledo 58/2007, de 4 de diciembre, que al absolver al acusado de un delito de abusos sobre su hijo menor, refuerza los no pocos y sólidos argumentos que expone con el cuestionamiento de la credibilidad del menor, diagnosticado según unos peritos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y según otros de trastorno negativista desafiante - e incluso a la vista de la gravedad de su conducta en los últimos seis meses, alguno sostiene que también cumple criterio de trastorno disocial de carácter moderado, afirmando que *“la Sala, unánimemente, entiende que el menor no es veraz en su relato en pasajes de la misma..., lo que le hace seriamente dudar sobre si la mentira, y está acreditado en autos que el menor falta a la verdad, abarca incluso al hecho base, aunque fuera por hechos aquí no acreditados, ya por tratar de proteger a la madre tras una separación traumática; o por albergar un deseo de venganza contra el padre por ese otro motivo, pues no olvidemos la peculiar psicología del menor”*.

CONCLUSIONES

- Los trastornos de control de los impulsos sin duda colman el concepto de “*anomalía o alteración psíquica*” que se consagra en el artículo 20.1 del Código Penal, pero ello no es suficiente para afectar

¹⁵ Patología Psiquiátrica Postraumática: Valoración psiquiátrica y judicial. Daño moral y trastorno psiquiátrico. Carlos Lledó González. FEPSM. Documentos Córdoba 2011.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

a la responsabilidad penal, pues será necesario acreditar también que ese padecimiento impide o dificulta *“comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”*.

- Los referidos trastornos no afectan, salvo comorbilidad demostrada, al elemento intelectual, por lo que su efecto debe residenciarse en el ámbito de la voluntad.

- Los tribunales penales, que han mostrado una tradicional resistencia -cuando no abierta desconfianza- a otorgar efecto alguno modificador de la capacidad de culpabilidad a las psicopatías y trastornos de la personalidad, también y especialmente dan esa respuesta a los trastornos del control de los impulsos.

- No obstante, en tiempo mas reciente se viene aceptando de algún modo su incidencia relevante en la esfera de la voluntariedad del comportamiento, habitualmente como atenuante por analogía, excepcionalmente como eximente incompleta y muy esporádicamente por algunas Audiencias Provinciales como verdadera eximente completa.

- En todo caso se viene exigiendo, de forma quizá demasiado rigurosa, una conexión directa entre el trastorno y el hecho, que éste sea consecuencia inmediata de aquel, incluso en el ámbito temporal, estimando con excesiva contundencia que cualquier conducta alejada del núcleo de la compulsión es controlable y, por ello, voluntaria.

- El trastorno negativista desafiante, el explosivo intermitente y la piromanía rara vez se estima en el orden penal que puedan limitar de forma significativa la capacidad de culpabilidad. Por el contrario, la cleptomanía, el juego patológico e incluso las compras compulsivas tienen mayor predicamento como patologías que deben ser analizadas en sede penal.

- El juego patológico tiene mejor acomodo entre los trastornos adictivos, como propone el DSM-V, por su cercanía a dichas patologías aunque no medie sustancia alguna.

- Cualquier trastorno del control de los impulsos entraña, por definición, la peligrosidad de quien lo padece, entendida como probabilidad de repetición de su comportamiento ilícito ante la presencia de impulsos o estímulos similares a los que ya dejaron en evidencia su déficit de autocontrol.

- El tratamiento, siempre voluntario, será el único medio de acreditar la reconducción de esa peligrosidad a límites razonables o asumibles, lo que le otorga especial significado en beneficios penales o penitenciarios como la suspensión de la ejecución de las penas de prisión, los permisos penitenciarios, la progresión de grado o la libertad condicional.

- El ordenamiento penal no dispensa una especial protección a las víctimas afectas de un trastorno de control de los impulsos, por más que ello puede ser relevante en la propia conformación del delito y revelador de una singular reprochabilidad.

Los trastornos del control de los impulsos en la jurisprudencia de la Sala Penal del Tribunal Supremo

MIGUEL COLMENERO MENÉNDEZ DE LUARCA

INTRODUCCIÓN

1. Dentro de la teoría jurídica del delito, en el marco de las teorías normativas, la culpabilidad es entendida esencialmente como reprochabilidad. Así como en el estudio de la tipicidad y de la antijuricidad se examina básicamente el hecho, en la culpabilidad se vuelve la vista hacia el autor y las circunstancias concretas en las que ejecutó el hecho que se le imputa. Aunque se trate de un tema discutido filosóficamente, podemos admitir aquí que se parte de la idea según la cual el individuo es capaz de elegir entre varias opciones de conducta y, siendo así, si opta por actuar de forma contraria a la norma, se le puede reprochar haberlo hecho. La reprochabilidad, pues, se basa en la consideración de que el sujeto pudo haber actuado conforme a la norma.

Se reconocen tres grandes grupos de casos en los que tal posibilidad de reprochar al sujeto su conducta desaparece o disminuye.

En primer lugar, los referidos a la imputabilidad, es decir, a la capacidad de valorar correctamente la adecuación a Derecho de su conducta y de ajustarse a esa valoración.

En segundo lugar, los atinentes al error acerca de la antijuricidad de la conducta. No se trata de que no pueda valorar adecuadamente, sino que teniendo capacidad para hacerlo, valora con error y considera equivocadamente que su conducta se ajusta Derecho.

Y, en tercer lugar, los que hacen alusión a supuestos de no exigibilidad de otra conducta. Es decir, casos en los que, dadas todas las circunstancias concurrentes, y aunque el sujeto actúe de forma antijurídica, no se le podía exigir otra forma de comportarse.

Los trastornos del control de los impulsos afectan a los casos del primer grupo.

2. El Código Penal derogado (CPd) se refería a esta cuestión declarando que está exento de responsabilidad criminal el enajenado. El concepto tradicional de enajenación se había construido generalmente en la jurisprudencia a partir del modelo de la psicosis como arquetipo de la enfermedad psíquica, por lo que no es de extrañar que encontrara cierta resistencia el reconocimiento del efecto excluyente y aún sólo limitativo de la imputabilidad de otros trastornos mentales distintos no equiparables. Los trastornos de la personalidad, denominación en la que se engloban en la

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

jurisprudencia toda esta clase de padecimientos, no eran realmente psicosis, por lo que no podían incluirse entre las causas que permitían considerar enajenado al sujeto a los efectos de la exención de responsabilidad criminal.

Aunque pudiera entenderse que el Código Penal derogado se ajustaba a un sistema puramente biológico, en el que lo que importaba era solamente el diagnóstico de la enfermedad mental, lo cierto es que la jurisprudencia ya había advertido 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 de que se trate, *"ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo"* (STS. de 20/01/93, núm. 51).

Esta línea interpretativa de las disposiciones del Código Penal derogado fue luego recogida en el Código Penal vigente (CP), que en el artículo 20 dispone que están exentos de responsabilidad criminal: 1º 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.

3. El Código Penal sigue, por lo tanto, un sistema mixto en el que no sólo es preciso un diagnóstico médico que ponga de relieve una anomalía o alteración mental, sino que además es necesario que tal padecimiento afecte en alguna forma apreciable a la capacidad del sujeto para comprender que su conducta es ilícita y para ajustar sus actuaciones a esa comprensión. Se hace referencia así a lo que, con otros términos, se identificaba como las facultades intelectivas y volitivas del sujeto.

No basta, pues, con la identificación de una anomalía o alteración mental, sino que es necesario precisar en qué medida ha afectado al sujeto en relación al concreto hecho imputado, bien porque afecte a su capacidad de comprensión, o bien a la de comportarse de acuerdo con ella. Por lo tanto, diagnóstico y determinación de los efectos en atención al concreto hecho imputado.

La fórmula del Código Penal tiene otras consecuencias. Así como anteriormente la base del examen de la disminución o desaparición de la imputabilidad la constituía el término *enajenado*, en la actualidad la referencia a *cualquier anomalía o alteración psíquica* produce una notable apertura en la materia, pues incluso la supresión de la capacidad de culpabilidad, puede relacionarse, aunque sea excepcionalmente, con padecimientos que no constituyen auténticas psicosis. Así lo ha reflejado la jurisprudencia, cuando afirma lo siguiente: *El Código actual al ampliar el ámbito del Código derogado...abarca no sólo las enfermedades mentales en sentido estricto, sino también otras alteraciones o trastornos de la personalidad. Ambos pueden servir de base para la apreciación de esta causa de exención*, (STS 1599/2003, de 24/11).

TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

1. Aunque muchos trastornos, anomalías o alteraciones mentales cursan con una afectación del control de los impulsos, de manera que el sujeto encuentra dificultades para reprimir determinadas inclinaciones, aquí se hará referencia sólo a aquello que en el DSM viene considerado concretamente como trastornos del control de los impulsos.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Los trastornos han sido definidos como una clase de desórdenes psiquiátricos caracterizados por la impulsividad o por las dificultades para resistir la tentación, deseo o impulso de ejecutar una determinada acción, aunque le pueda hacer daño a sí mismo o a otros. Son identificados como patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o, incluso, de morir prematuramente.

En el trastorno del control de los impulsos existe una dificultad para resistir a un impulso, una motivación o una tentación para llevar a cabo un acto perjudicial. Se trataría de acciones que se realizan por impulsos descontrolados, con la falta de control auto reflexivo, en las cuales no se tengan en cuenta las consecuencias de los hechos.

La sintomatología esencial consiste en el fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio sujeto o para los demás. Ocurriendo además con una sensación creciente de tensión o activación antes de llevarlo a cabo. En el momento de consumir el acto el individuo siente placer, gratificación o liberación. Sin embargo, después puede haber sentimientos de pena, culpa, autorreproche, etc.

2. Se trata, al parecer de trastornos muy comunes, al menos si se parte de una definición tan amplia como la anterior. Según el estudio europeo dirigido por Wittchen et al. (2011), citado por Enrique Echeburúa, Karnele Salaberria, y Marisol Cruz-Sáez, “el 32.8% de los europeos sufre un trastorno mental, pero sólo un tercio de ellos recibe tratamiento”.

Además, es de tener en cuenta que se ha ido produciendo una ampliación de supuestos a los que se ha asignado una denominación específica desde el punto de vista clínico, lo que aumenta el número de diagnósticos. Estos autores señalan que de hecho, *hay una tendencia errónea por asignar a todos los problemas un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento: es una tendencia que se ve acentuada por el marketing de la industria farmacéutica dirigido a médicos y pacientes. No deja de ser significativo, por ejemplo, que la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y que la actual (DSM-5, 2013) recoja 216”* (Sandín, 2013). *Con cada nueva edición los posibles trastornos mentales siempre aumentan, pero nunca se reducen. No parece razonable pensar que en el plazo de 60 años los trastornos mentales se hayan multiplicado por dos* (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). *Por ello, hay que estar precavido ante la ampliación de supuestos nuevos diagnósticos clínicos que incorpora el DSM-5: el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado, el duelo patológico o el trastorno neurocognitivo leve, por citar algunos de los más llamativos.*

Estos mismos autores advierten de los peligros derivados del abuso de los diagnósticos psiquiátricos, que pueden producir, como consecuencia, que muchas personas que en realidad son normales pero tienen algunos problemas de duelo, comida excesiva, distraibilidad, reacciones al estrés, olvidos en la vejez o rabietas infantiles pueden quedar atrapadas en la red de este manual diagnóstico (Frances, 2013; Wakefield y First, 2012).

Como dicen muy gráficamente, *“parece olvidarse de que existen muchos modos y maneras de ser normal”*. Y efectivamente, la diversidad humana, los fenómenos de multiculturalidad en círculos

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

sociales no necesariamente demasiado amplios, y otros elementos similares, aconsejan una valoración tolerante hacia distintas formas de reaccionar ante los sucesos de la vida, muy frecuentemente dolorosos o, al menos, difíciles de asumir.

3. Una segunda cuestión que merece la pena señalar es que la comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos (TCI), los trastornos relacionados con sustancias (TRS) y los trastornos de la personalidad (TP) es una constante en la práctica clínica y con frecuencia cuestiona el carácter independiente derivado de su clasificación como entidades separadas.

Los autores antes citados señalan en este sentido que hay grupos de síntomas, relacionados especialmente con la ansiedad y la depresión, que están presentes en muchas categorías diagnósticas; que muchos pacientes con un mismo diagnóstico presentan perfiles sintomáticos muy variados, y que casi no existen pacientes con un único diagnóstico puro, pues la comorbilidad es la norma, no la excepción.

4. En el DSM IV, se han clasificado bajo la rúbrica “Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados” en los siguientes tipos:

Trastorno explosivo intermitente

Cleptomanía

Piromanía

Tricotilomanía

Juego patológico

Por su parte, el DSM V, bajo el epígrafe “Trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta” recoge los siguientes:

Trastorno explosivo intermitente

Cleptomanía

Piromanía

Trastorno negativista desafiante

Trastorno de conducta

Trastorno de personalidad antisocial

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

El juego patológico o trastorno de adicción al juego se ha incluido en los trastornos de tipo adictivo y relacionados con sustancias.

Aunque sólo como aproximación pueden identificarse de la siguiente forma:

Trastorno explosivo: consiste en episodios de pérdida del control de los impulsos agresivos, dando lugar a actos violentos, graves o a destrucción de la propiedad. La agresividad manifestada no es en absoluto proporcional al motivo desencadenante.

Cleptomanía: fracaso repetido en aguantar los impulsos de robar objetos que ni son necesarios para el uso personal ni se toman por su valor. Esos objetos pueden ser luego abandonados, regalados, escondidos o, simplemente, olvidados.

Normalmente, el individuo tiene suficiente dinero como para poder adquirir lo que roba pero siente como una necesidad y tensión al hacerlo, experimentando una intensa gratificación o alivio después de cometido el acto.

Juego patológico: fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar apareciendo una conducta de juego que compromete y lesiona los intereses personales, familiares o vocacionales. Los problemas que van surgiendo como consecuencia del juego tienden a aumentar la propia conducta de seguir jugando.

Lo más característico es que aparezcan importantes deudas personales con incapacidad para poder satisfacerlas implicándose otras responsabilidades financieras y llevando progresivamente al deterioro en las relaciones familiares, el trabajo, etc.

Piromanía: es la tendencia patológica a la provocación de incendios. La sintomatología esencial es producir incendios de forma deliberada y consciente en más de una ocasión conllevando una importante tensión y activación afectivas antes del incendio con una gran liberación e intenso placer o alivio al encender el fuego, al presenciarlo o al participar en sus consecuencias. Además el sujeto suele sentir interés, curiosidad y atracción por todo lo relacionado.

Tricotilomanía: consiste en el fallo repetido para resistir los impulsos de arrancarse el propio cabello. El individuo experimenta un aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de realizar la conducta consiguiendo una sensación de alivio o gratificación al arrancarse el pelo.

En otras clasificaciones se han añadido otros, como

Dermatilomanía: urgencia compulsiva por rascar, excoriar o pellizcar la propia piel.

Onicofagia: hábito compulsivo de cortar o morder las uñas.

Compra por impulso: impulso irresistible de compra espontánea, no premeditada.

Síndrome de Acaparador Compulsivo: tendencia a la acumulación de artículos u objetos de forma excesiva, incluso si los objetos no tienen valor, son peligrosos o insalubres.

TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL

1. La jurisprudencia de la Sala Penal del Tribunal Supremo los ha tratado generalmente bajo la rúbrica general *Trastornos de la personalidad*. Y ha afirmado que en la redacción del Código Penal, los trastornos de la personalidad o psicopatías pueden ser considerados dentro del ámbito del artículo 20.1^a, no sólo por las valoraciones más modernas de la OMS, sino porque en el Código no se exige exactamente una enfermedad mental sino una anomalía o alteración psíquica, categoría en la que pueden incluirse sin dificultad.

En cuanto a su concepto, en algunas sentencias, por ejemplo la Sentencia del Tribunal Supremo nº 1363/2003, de 22 octubre, luego muy reiteradas, se ha argumentado que *“como señala la doctrina psiquiátrica la manifestación esencial de un trastorno de personalidad es un patrón duradero de conductas y experiencias internas que se desvía marcadamente de lo que cultural o socialmente se espera de la persona, es decir, de lo que constituye el patrón cultural de conducta, y que se manifiesta en el área de la cognición, en el de la afectividad, en el del funcionamiento interpersonal o en el del control de los impulsos (al menos en dos de dichas áreas). Se trata de un patrón de conducta generalmente inflexible y desadaptativo en un amplio rango de situaciones personales y sociales, que conduce a una perturbación clínicamente significativa o a un deterioro social, ocupacional o de otras áreas del comportamiento. El patrón es estable y de larga duración y su comienzo puede ser rastreado, por lo menos, desde la adolescencia o la adultez temprana. No puede ser interpretado como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental y no se debe al efecto psicológico directo de una sustancia (por ejemplo, drogas de abuso, medicación o exposición a tóxicos), ni a una situación médica general, (Sentencia Tribunal Supremo núm. 831/2001, de 14 mayo)”*.

2. También se ha ocupado alguna sentencia de referirse a la forma habitual en que operan los tribunales. En la Sentencia del Tribunal Supremo nº 225/2014, de 5 de marzo, se ponía de relieve la mayor facilidad de establecer el diagnóstico clínico frente a la dificultad de precisar sus efectos en la capacidad del sujeto respecto del hecho imputado, señalando la correspondencia lógica entre la mayor gravedad de la anomalía o alteración psíquica y la disminución de la capacidad de culpabilidad, bien en relación con la posibilidad de comprender o con la de actuar resistiendo otros impulsos.

Así se decía, lo que se transcribe por su interés: *centrados así en la cuestión estricta de la capacidad de culpabilidad, es importante subrayar con carácter previo que si bien no suele suscitar graves problemas constatar, con base en las pericias psiquiátricas, el elemento biopatológico de la eximente del art. 20.1º del Código Penal, resulta en cambio bastante más complejo -probablemente por lo abstracto de la materia- realizar un análisis específico del marco o espacio relativo al efecto psicológico-normativo que se plasma en la fórmula legal. Es decir, establecer pautas o directrices sobre los efectos o consecuencias de la enfermedad o patología psíquica en la comprensión de la ilicitud del hecho por parte del acusado y en la capacidad de actuar conforme la comprensión de la ilicitud*.

En la práctica se analiza y examina el material probatorio atinente al elemento biopatológico, se establece el grado y la intensidad del padecimiento psíquico, y después se extrae operando con tal

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

base biopatológica la conclusión pertinente sobre si el autor de la conducta delictiva actuó en el caso concreto comprendiendo la ilicitud del hecho y con posibilidad de actuar conforme a esa comprensión, o, en su caso, con una comprensión o una capacidad de actuación limitadas o excluidas (SSTS 914/2009, de 24-9; 983/2009, de 21-9; 90/2009, de 3-2; 649/2005, de 23-5; 314/2005, de 9-3; 1144/2004, de 11-10; 1041/2004, de 17-9; y 1599/2003, de 24-11, entre otras muchas). Esta conclusión -expresada con una nueva dicción legal que viene a sustituir a lo que antes, con menor rigor técnico, se cifraba en la merma o anulación de las facultades intelectivas o volitivas- suele estar en relación simétrica directa con el grado de limitación psíquica del sujeto. De modo que ante una enfermedad mental grave que cercena de forma severa o relevante las facultades intelectivas o volitivas, sin anularlas, lo razonable parece ser que el sujeto actúe también con un conocimiento más limitado de la antijuridicidad de su acción y con una capacidad sustancialmente disminuida, pero no excluida (STS 29/2012, de 18-1).

3. En cuanto a su valoración como atenuante o eximente por afectar a la capacidad de culpabilidad del sujeto, se han señalado como punto de partida dos apreciaciones básicas.

De un lado, que en general no tienen efecto atenuatorio, salvo que sean calificados de graves, ordinariamente asociados a otra patología relevante, y que se relacionen con el hecho cometido.

Y, de otro lado, que es necesario el examen del caso concreto, especialmente en relación a este último aspecto.

De esta forma, cuando el trastorno es grave y además está relacionado con el hecho imputado se ha llegado a valorar como una atenuante simple. Solamente si viene asociado a otra patología grave pudiera dar lugar a una eximente incompleta.

Así, se ha dicho que en la doctrina jurisprudencial la relevancia de los trastornos de la personalidad en la imputabilidad no responde a una regla general, lo cual ya se afirmaba en la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 1989, en la que se decía que *dentro de las anomalías psíquicas la relevancia que debe darse a los trastornos de la personalidad en el terreno de la imputabilidad penal no responde a una regla general.*

En la Sentencia del Tribunal Supremo nº 2167/2002, de 23 diciembre, se decía que *"la jurisprudencia ha sido en general reacia a reconocer eficacia atenuatoria a los trastornos de la personalidad o psicopatías, con mayor razón cuando no han sido calificados de graves. En la actualidad tienen encaje en el artículo 20.1 pues se trata sin duda de anomalías o alteraciones psíquicas, por lo que es necesario atender a sus características y a las peculiaridades del hecho imputado para precisar sus concretos efectos".*

La Sentencia del Tribunal Supremo nº 1363/2003, ya citada, terminaba recordando que por lo general, sin embargo, los trastornos de personalidad se valoran penalmente como atenuantes analógicas (Sentencias de 12 y 27 de marzo de 1985, 27 de enero, 1 de julio y 19 de diciembre de 1986, 6 de marzo de 1989 o 5 de noviembre de 1997). Sólo en supuestos especialmente graves, generalmente asociados a otras patologías, han sido valorados como eximentes incompletas (Sentencias de 10 y 25 de octubre y 14 de noviembre de 1984, o 16 de noviembre de 1999). Como otras patologías que pueden ser relevantes, cuando son graves, se han mencionado, Sentencia del

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Tribunal Supremo nº 879/2005 de 4 de julio, el alcoholismo crónico o agudo, la oligofrenia en unos grados iniciales, la histeria, la toxicomanía.

CASOS CONCRETOS

1. En la sentencia de 29 de abril de 1991 se examinó un caso en el que se había diagnosticado al acusado un trastorno por juego patológico o ludopatía. Conviene recordar que se aplicaba el Código Penal derogado. El Tribunal Supremo no consideró que pudiera tratarse de una enfermedad mental encuadrable en el término enajenado, ni tampoco de un supuesto de trastorno mental transitorio. Pero sí apreció en el sujeto una disminución de sus capacidades para resistir sus impulsos a jugar, teniendo en cuenta, además, que se trataba de un sujeto de personalidad inmadura cognitiva y emocionalmente, con una visión fantasiosa y poco práctica de la vida, y un nivel de aspiraciones desproporcionado a sus propias capacidades y recursos operativos. Una vez acreditada pericialmente la existencia de un trastorno consistente en una desproporcionada inclinación al juego, el Tribunal entendió que *por su acusada inmadurez, su personalidad fantasiosa, y su tolerancia a la frustración en muy pequeña cuantía, ha gozado de menos recursos que la generalidad de las personas, para controlar sus impulsos. Evidentemente ello redujo su capacidad para resistir la compulsión al juego. Y apreció una atenuante analógica.*

2. En la Sentencia del Tribunal Supremo nº 1172/2011, de 10 de noviembre, se examinó un supuesto de juego patológico asociado al consumo de alcohol, aunque a este último aspecto se le reconoció escasa trascendencia, pues no se habían acreditado los aspectos relevantes del consumo de alcohol y drogas, relativos a la intensidad, duración y tipos de drogas consumidas.

Sin embargo, se contienen en ella algunas consideraciones de interés. En primer lugar, el concepto de juego patológico. Se dice en este sentido que *la característica fundamental la constituye la pérdida de control o pérdida de la habilidad para dejar de jugar.*

Para estos individuos el juego pasa de ser un entretenimiento a una necesidad, causada o no por un intento de disminuir la ansiedad, la tensión, o por ser una huida del vacío interior. Este aumento de la necesidad y de la preocupación por jugar empuja al juego, en forma de adicción o de urgencia obsesiva.

El jugador patológico se diferencia del jugador social en que este último tiene capacidad de poner límites a la cantidad de dinero que pueda perder. El patológico no tiene esa capacidad, juega más allá de sus posibilidades, y hasta el fin, sólo le preocupa jugar.

En segundo lugar, se valoran los posibles efectos en relación con la clase de actos imputados, distinguiendo los hechos inmediatamente vinculados al impulso patológico y aquellos otros más lejanos, respecto a los que su posible relevancia disminuye hasta desaparecer. Se razona que puesto 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 ratificar tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará sólo como impulso organizado para lograr el futuro placer del*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

juego, impulso que es en esos momentos racional y dominable; y será por completo intranscendente respecto a las acciones no determinadas por el impulso patológico de la ludopatía y ejecutadas por motivos o fines distintos al juego ansiado. Sentencia del Tribunal Supremo nº 426/2002, de 11-3, 1948/2001, de 29-10, 262/2001 de 23-2, 54/2000 de 18-1.

3. En la Sentencia del Tribunal Supremo nº 225/2014, de 5 de marzo, se examinó un caso de trastorno límite de personalidad y también de tipo evitativo, así como un déficit de capacidad intelectual y una personalidad paranoide.

El Tribunal entendió que esta base biopatológica, unida a la situación estresante que concurría cuando agredió a los menores, si bien no alteró la capacidad de comprender la ilicitud de su conducta, sí aminoró sus facultades volitivas necesarias para adecuar su comportamiento a las exigencias de la norma, aminoración que al no ser grave ha de traducirse jurídicamente en la aplicación de una circunstancia atenuante de alteración psíquica, catalogable como atenuante por analogía en virtud de lo dispuesto en los arts. 20.1º y 21.6ª del Código Penal.

4. En la Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de noviembre de 1995 se resolvió un recurso de casación contra una sentencia que había apreciado en la instancia una eximente incompleta por un trastorno de cleptomanía, y no se cuestionó en casación. En realidad no se contiene en esta sentencia un examen del trastorno ni de sus efectos, pues ni defensa ni acusación lo plantearon en el recurso.

5. En la Sentencia del Tribunal Supremo nº 569/2012, de 27 de junio, se hace un estudio del trastorno por cleptomanía. Y se dice que se trata de un comportamiento impulsivo, no premeditado, que produce cierta satisfacción en quien lo hace, que se caracteriza por las conductas reiteradas de ceder a los impulsos y por la tensión, a veces intolerable, de sustraer objetos que no son obtenidos por su valor monetario, para uso personal o como ganancia o beneficio patrimonial.

Añade que la cleptomanía es un trastorno del control de los impulsos cuya característica esencial es la dificultad recurrente para controlar los impulsos de tomar cualquier objeto, aun cuando no sea necesario para el uso personal o por su valor económico. El individuo experimenta una sensación de tensión creciente antes de la acción, seguida de bienestar, gratificación o liberación cuando lo lleva a cabo. Los objetos son tomados a pesar de que tengan poco valor para el individuo, que tendría medios para adquirirlos y que con frecuencia se desprende de ellos y no los usa. A veces, los acumula o los devuelve inesperadamente.

Se precisa en la sentencia que en esta clase de casos, los delitos están en relación con la definición específica del trastorno, es decir, hurtos y robos de diversos objetos en tiendas, museos, exposiciones, etc., sólo a veces planificados y las más de forma impulsiva. Este trastorno no se puede confundir con los hurtos en tiendas para satisfacer caprichos, vender posteriormente los artículos sustraídos, para poner en evidencia los mecanismos de seguridad o como represalia, revancha o venganza contra los comerciantes, etc.

Y se concluye negando la atenuación, pues se valora que las acciones desarrolladas por el acusado no responden al patrón descrito característico de la cleptomanía. *El acusado ha sido selectivo en cuanto a los medios empleados y la víctima elegida para su acción. Los actos han sido repetidos*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

sobre la misma persona y utilizando una misma situación. Se ha reiterado en el tiempo, ha respondido a una planificación y, además, el acusado ha utilizado medios fraudulentos (falsedades documentales reiteradas) para encubrir y justificar su acción.

6. Y finalmente, en la Sentencia del Tribunal Supremo nº 1126/2011, de 2 de noviembre, se examina un caso en el que se apreció pericialmente un trastorno del control de los impulsos en relación a compras compulsivas desmesuradas. En la sentencia se recoge que la Audiencia entendió que de las periciales practicadas en el juicio oral no se evidencia que la acusada, como consecuencia de un desmedido consumismo, tuviese afectadas sus capacidades de conocimiento y voluntad en relación al delito que se le imputa, concluyendo el Tribunal Supremo sobre la base del informe pericial forense, que se trata de una alteración que afecta a la esfera volitiva de la persona, en la que no hay alteraciones de la percepción de la realidad o, en todo caso, si las hubiese, no son de tipo psicótico y no afectan a la comprensión de la ilicitud del acto.

CONCLUSIONES

Como conclusiones pueden señalarse las siguientes:

1. Los trastornos del control de los impulsos, unificados en la jurisprudencia bajo la denominación de trastornos de la personalidad, pueden ser valorados como anomalías o alteraciones psíquicas a los efectos de la determinación de la existencia de una posible disminución de la capacidad de culpabilidad en el marco de los artículos 20.1, 21.1 y 21.7 del Código Penal.
2. En la jurisprudencia no resulta de importancia la clasificación o denominación concreta del trastorno diagnosticado, sino otros aspectos. La gravedad del trastorno; su asociación a otras patologías, lo que obliga a valorar éstas y la interacción entre unas y otras; y su relación con el hecho cometido, son aspectos que los tribunales han considerado relevantes.
3. Generalmente, siempre que el trastorno sea grave y tenga relación con el hecho imputado, se ha apreciado solamente una disminución de la capacidad de culpabilidad apreciando una atenuante por analogía. Excepcionalmente se ha llegado a apreciar una eximente incompleta.
4. No obstante, se ha reiterado que es necesario el examen del caso concreto, la valoración del trastorno, su posible asociación e interacción con otras patologías relevantes y la relación que todo ello pueda tener sobre el hecho imputado en el caso concreto.

Tratamiento jurídico de las conductas impulsivas con el menor delincuente

JORGE JIMÉNEZ MARTÍN

INTRODUCCIÓN

Cuando nos proponemos adentrarnos en el estudio de las conductas impulsivas que afectan al menor infractor¹⁶ nos vemos obligados a centrarnos en el estudio y análisis de la responsabilidad penal de los menores. Lo que normalmente se denomina jurisdicción de menores. Dicha responsabilidad viene contemplada y regulada, procesalmente, en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, de Responsabilidad Penal del Menor (en adelante LORPM). Junto a ella habrá que tener en cuenta de forma específica, así lo exige su art. 1.2- lo dispuesto en la Constitución, en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, así como en la Convención sobre los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989, y en todas aquellas normas sobre protección de menores contenidas en los Tratados válidamente celebrados por España.

Cabe recordar, de inicio, que la jurisdicción de menores tiene competencia exclusivamente para conocer las causas contra quienes son menores de edad (es decir, menores de 18 años)¹⁷ y han cometido alguna infracción penal. La franja de edad para exigir la responsabilidad penal a los menores que se contiene en la LORPM va desde los 14 hasta los 18 años¹⁸. De esta forma, si el autor

¹⁶ Preferimos optar por la expresión “menor infractor” antes que la de “menor delincuente” que inicialmente se nos ofrecía, como fruto de la naturaleza especial y reeducadora de esta jurisdicción. Se busca la reinserción social de quien, por no haber alcanzado la mayoría de edad, aún no comete delitos ni es castigado a penas, sino que las conductas que realizan sólo merecen medidas de carácter educativo, a fin de evitar la posterior vida delictiva. Hablar de menor delincuente conlleva connotaciones que evitan la reinserción y la oportunidad que esta jurisdicción supone para el menor. Permita por ello el lector que huyamos de cualquier expresión que equipare el mundo de los menores con el de los adultos.

¹⁷ Señala el art.1.1 LORPM que *“esta Ley se aplicará para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales”*.

¹⁸ El art. 19 del Código Penal señala que *“los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código. Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor”*.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

de un delito es menor de 14 años sólo se le aplicará lo dispuesto en las normas sobre protección de menores (así lo señala el art.3 LORPM). Y si el autor es mayor de 18 años, actuará la jurisdicción de adultos, la justicia penal tal y como la conocemos. Sobre las particularidades de la protección ya volveremos, permitámonos el lector centrarnos en el ámbito penal, objeto propio de estas líneas.

Esta jurisdicción de menores presenta unos principios propios que la configuran y caracterizan. Desde que se aprobó, hemos asistido a una continua y permanente tensión, de gran importancia, entre los principios propios que son característicos de la justicia de menores y la introducción de parámetros que provienen del derecho penal de adultos y que nada tienen que ver con la finalidad propia de esta jurisdicción. Resumidamente podemos señalar cuales son los principios fundamentales que caracterizan el tratamiento penal de cualquier hecho cometido por menores:

1.-El principio del interés superior del menor: es una exigencia internacional y fundamental siempre que en la justicia intervengan menores de edad, y especialmente en esta jurisdicción. Será objeto de un análisis detallado en este trabajo, y a ese análisis posterior nos remitimos, bastando señalar que es el eje de cualquier actuación en esta jurisdicción.

2.-El principio de reeducación de los menores de edad infractores: que se manifiesta en la naturaleza sancionadora-educativa de todo el procedimiento y de todas las medidas que se pueden imponer en el mismo, tanto con carácter cautelar como definitivo.

3.-El principio de flexibilidad: el mismo permite un uso continuo y adaptado a cada una de las circunstancias, del principio de intervención mínima¹⁹, donde sólo se castigan las conductas que sean más reprochables o de aquellos menores que sean reincidentes. Al mismo tiempo, esa flexibilidad se manifiesta en la elección y adopción de las medidas educativas a imponer, e incluso en la forma de ejecución de las medidas²⁰. También se manifiesta en la posibilidad de suspender la ejecución del

¹⁹ Ya la Exposición de Motivos de la LORPM habla de la importancia que tienen las prácticas restaurativas en la justicia de menores al afirmar que *“un interés particular revisten en el contexto de la Ley los temas de la reparación del daño causado y la conciliación del delincuente con la víctima como situaciones que, en aras del principio de intervención mínima, y con el concurso mediador del equipo técnico, pueden dar lugar a la no incoación o sobreseimiento del expediente, o a la finalización del cumplimiento de la medida impuesta, en un claro predominio, una vez más, de los criterios educativos y resocializadores sobre los de una defensa social esencialmente basada en la prevención general y que pudiera resultar contraproducente para el futuro”* (E.M. II,13).

²⁰ El art. 7.3 LORPM establece que *“para la elección de la medida o medidas adecuadas se deberá atender de modo flexible, no sólo a la prueba y valoración jurídica de los hechos, sino especialmente a la edad, las circunstancias familiares y sociales, la personalidad y el interés del menor, puestos de manifiesto los dos últimos en los informes de los equipos técnicos y de las entidades públicas de protección y reforma de menores cuando éstas hubieran tenido conocimiento del menor por haber ejecutado una medida cautelar o definitiva con anterioridad, conforme a lo dispuesto en el artículo 27 de la presente Ley”*.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

fallo en la propia sentencia o en un auto motivado cuando ésta sea firme, estableciendo las condiciones a las que se somete la suspensión²¹.

4.- Establecimiento de diferentes tramos de edad a efectos procesales y sancionadores²². Se tendrá en cuenta la edad concreta del menor para el enjuiciamiento, la imposición de la medida educativa, y la ejecución de dicha medida²³.

5.- Se atribuye al Ministerio Fiscal la iniciativa procesal, será el encargado de la fase de instrucción y tiene amplias facultades durante la misma.

6.- El papel fundamental que ocupan los equipos técnicos, formados por psicólogos, educadores y trabajadores sociales²⁴.

7.- El principio de que no existen las penas en esta jurisdicción, sólo se impondrán medidas educativas. Se escogerá la más idónea, según el caso concreto y la evolución del menor²⁵.

²¹ El art. 40 LORPM establece que *"el Juez competente para la ejecución, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal o del letrado del menor, y oídos en todo caso éstos, así como el representante del equipo técnico y de la entidad pública de protección o reforma de menores, podrá acordar motivadamente la suspensión de la ejecución del fallo contenido en la sentencia, cuando la medida impuesta no sea superior a dos años de duración, durante un tiempo determinado y hasta un máximo de dos años. Dicha suspensión se acordará en la propia sentencia o por auto motivado del Juez competente para la ejecución cuando aquélla sea firme, debiendo expresar, en todo caso, las condiciones de la misma"*.

²² Arts. 9 y 10 LORPM.

²³ Art. 7.3 LORPM: *"Para la elección de la medida o medidas adecuadas se deberá atender de modo flexible, no sólo a la prueba y valoración jurídica de los hechos, sino especialmente a la edad, las circunstancias familiares y sociales, la personalidad y el interés del menor, puestos de manifiesto los dos últimos en los informes de los equipos técnicos y de las entidades públicas de protección y reforma de menores cuando éstas hubieran tenido conocimiento del menor por haber ejecutado una medida cautelar o definitiva con anterioridad, conforme a lo dispuesto en el artículo 27 de la presente Ley. El Juez deberá motivar en la sentencia las razones por las que aplica una determinada medida, así como el plazo de duración de la misma, a los efectos de la valoración del mencionado interés del menor"*.

²⁴ Según el art. 4 del Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, su función es asistir técnicamente en las materias propias de sus disciplinas profesionales a los Jueces de Menores y al Ministerio Fiscal, elaborando los informes, efectuando las propuestas, siendo oídos en los supuestos y en la forma establecidos en la LORPM, y, en general, desempeñando las funciones que tengan legalmente atribuidas. Del mismo modo, prestarán asistencia profesional al menor desde el momento de su detención y realizarán funciones de mediación entre el menor y la víctima o perjudicado.

²⁵ Art. 7 LORPM.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

8.-El derecho de las víctimas a personarse y ser parte en los procedimientos de menores²⁶.

9.-La posibilidad de que se determine una responsabilidad civil que se presume solidaria, donde responden de los daños y perjuicios causados, junto al menor, sus padres, tutores, acogedores y guardadores legales o de hecho, por este orden. Cuando éstos no hubieren favorecido la conducta del menor con dolo o negligencia grave, su responsabilidad podrá ser moderada por el Juez según los casos²⁷.

Estos principios permiten dar una visión amplia y rápida de la jurisdicción penal juvenil a fin de dotar de un marco jurídico al estudio del tratamiento que se da a las conductas impulsivas en este ámbito. Para ello, analizaremos los trastornos de conducta más habituales, analizando el tratamiento que éstos tienen a lo largo del procedimiento propio de la jurisdicción juvenil, con un especial estudio del principio del interés superior del menor, principio rector y transversal de toda la materia.

EL MENOR INFRACTOR Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA: LA IMPULSIVIDAD

Sin duda alguna, nuestra sociedad asiste a una creciente alarma por los comportamientos disruptivos de los menores de edad, comportamientos que en muchas ocasiones entran ya en el ámbito de la responsabilidad penal. Al incremento de la frecuencia de actos clásicos en dichas edades, tales como los delitos contra el patrimonio o contra la libertad sexual, se viene sumando la aparición de nuevos fenómenos como la violencia filio-parental, la violencia escolar, o la violencia grupal, y hechos como el progresivo descenso de la edad de inicio en el consumo de drogas con la lógica aparición de problemas conductuales asociados.

Señala Forcada, en lo que a estas líneas nos interesa, que *“sería un error caer en la generalización y entender el grupo de menores con problemas legales como una muestra homogénea. En la práctica clínica diaria encontramos grandes diferencias individuales en las condiciones personales, sociales y psiquiátricas, que nos indican la heterogeneidad del grupo de jóvenes que cometen actos ilegales. La conducta disocial del menor de edad es la expresión de las vulnerabilidades individuales en distintas áreas, como la familiar, social, afectiva, cognitiva, psicopatológica e incluso biológica”*²⁸.

²⁶ Art. 4 LORPM: “... Las víctimas y los perjudicados tendrán derecho a personarse y ser parte en el expediente que se incoe al efecto, para lo cual el secretario judicial les informará en los términos previstos en los artículos 109 y 110 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, instruyéndoles de su derecho a nombrar abogado o instar el nombramiento de abogado de oficio en caso de ser titulares del derecho a la asistencia jurídica gratuita. Asimismo, les informará de que, de no personarse en el expediente y no hacer renuncia ni reserva de acciones civiles, el Ministerio Fiscal las ejercitará si correspondiere”. Precepto introducido tras la reforma operada por la LO 8/2006, de 4 de diciembre.

²⁷ Art. 61.3 LORPM.

²⁸ Forcada Chapa, Rafael: “Prevalencia de trastornos mentales en menores internados por comportamientos ilegales”. II Conferencia Internacional OJJJ: La Justicia Juvenil en Europa: Un marco para la integración. Bruselas, 24 y 25 de octubre de 2006. www.ijio.org

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Nos interesa analizar aquí las conductas impulsivas que se dan en el menor de edad. Se dice que nuestra sociedad actual premia y potencia la impulsividad. El concepto de impulsividad, que es ampliamente utilizado en la literatura psicológica y psiquiátrica presenta diversas acepciones. En todo caso, parece carecer de un concepto único, claro y preciso. Se dice que la impulsividad es un estilo cognitivo. Y se habla de la predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos. Actos súbitos e irreflexivos, no sustentados con ninguna motivación. En la impulsividad predomina la baja tolerancia al estrés y la frustración, la falta de control de impulsos, y los comportamientos agresivos, que pueden poner en riesgo al individuo que puede llegar a ser asociado a actos delictivos. Una persona impulsiva puede calificarse como imprudente, arriesgada, poco reflexiva, insensata, natural, inconsciente, rápida e irresponsable. También se describe la impulsividad por características tales como la búsqueda de la excitación, el gusto por el riesgo, la poca tolerancia al aburrimiento, las decisiones rápidas, la no planificación de actividades, la falta de previsión, la no perseverancia y los cambios bruscos. Se ha utilizado también para caracterizar una serie de trastornos cuyo síntoma fundamental es la presencia de una impulsividad inadecuada y transitoria. Son los llamados trastornos del control de impulsos (TCI). No obstante, cabe señalar que, en la vida cotidiana, ciertos grados de "impulsividad" son normales e incluso necesarios, contraponiéndose aquí la gente que carece de esa necesidad espontánea, como ocurre en los individuos que presentan un trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

La impulsividad puede ser genética o por déficit de serotonina, y es considerada una de las características más predominantes en síndromes psicopatológicos como el trastorno de déficit atencional con/sin hiperactividad (TDAH), el trastorno límite de personalidad (TLP), el trastorno bipolar, el trastorno por control de los impulsos, los comportamientos antisociales y el trastorno de dependencia de sustancias²⁹.

También el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) describe los trastornos del control de los impulsos en varios apartados del manual (por ejemplo, trastornos relacionados con sustancias, parafilias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial, esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con características que implican problemas de control de impulsos).

Todos esos elementos que analizamos respecto a la impulsividad se dan, en una u otra medida, en el perfil de todos los menores de edad sujetos a la justicia juvenil. Basta examinar los informes de los Equipos Técnicos para advertir en ellos la mayoría de las características que evidencian la impulsividad.

Por ello, será interesante analizar a lo largo de este trabajo qué tratamiento específico se da a esa impulsividad que se pone de manifiesto en el menor de edad desde su primer contacto con la justicia

²⁹ Squillace, Mario; Jimena Picón, Janeiro; Schmidt, Vanina: *"El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad"*. Revista Neuropsicología Latinoamericana. N° 1, 2011, 8-18.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

penal juvenil. Partiendo de ese fundamento general, en todos los menores de edad que cometen un ilícito penal se advierten elementos característicos de la impulsividad.

EL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR DE EDAD

El interés superior del menor de edad es el principio clave para tener en cuenta en cualquier decisión que tenga que afectar a un menor de edad. Dicho principio es clave fundamental de la jurisdicción penal juvenil y de cualquier otro ámbito jurisdiccional donde haya que decidir alguna cuestión que afecte a un menor de edad. La Convención de Derechos del Niño (en adelante, CDN)³⁰ consagra de forma expresa este principio en su artículo 3: *“en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a la que se atenderá será el interés superior del niño”*. Y en su artículo 40 se establecen los propios presupuestos de la justicia penal juvenil, desarrollando entre ellos el interés superior del menor. Dicho artículo 3 ha sido objeto de mucho debate y controversia a lo largo de los años. Incluso el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas adoptó una Observación General (Observación General nº 14), específicamente dedicada al interés superior del menor.

En ello, se señala la necesidad de establecer una serie de criterios de aplicación y ponderación, a fin de identificar ese interés superior, dado que nos encontramos en presencia de un concepto jurídico indeterminado. Pero analicemos el tenor literal de la enunciación del principio:

1.-El término *“todas las medidas”* garantiza que se tome en consideración el interés superior del niño en los asuntos concretos en que haya niños implicados. También implica que el interés superior del menor de edad debe ser tomado en cuenta en la legislación general y al establecer las políticas; parte de ello es el modo en que se diseñan los sistemas, incluido el sistema judicial. Por ejemplo, el Comité subraya en la Observación General nº 10³¹ que proteger el interés superior del menor implica que los objetivos tradicionales de la justicia penal, como la represión o el castigo, deben dejar paso a los objetivos de rehabilitación y justicia reparadora, cuando se trate de menores que delinquen.

2.-El término *“consideración primordial”* implica que el interés superior no es el único factor a tener en cuenta, aunque en ciertas circunstancias el interés superior es considerado un factor determinante o primordial, por ejemplo en casos sobre separación de un menor de edad de sus padres (artículo 9 de la CDN). No obstante, también está claro que el interés superior de un menor no es simplemente un factor más a considerar. Debería dársele preferencia cuando se le tenga en cuenta junto a otros factores, y si se lo desplaza en relación a otras posibles consideraciones, éstas deben ser lo bastante importantes. Aparte de razonarse y motivarse específicamente ese desplazamiento.

³⁰ 20 de noviembre de 1989.

³¹ Los derechos del niño en la justicia de menores, 2007.
http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.10_sp.pdf

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Como subraya la Observación General nº 14, el principio del interés superior puede presentar varias dimensiones, entre las que figuran de forma específica las siguientes:

1º. Como principio de interpretación ante cualquier medida legal aplicable a un menor de edad. En un sentido más amplio, cuando un niño es parte de un procedimiento judicial, el principio rector en cada una de sus fases debería ser qué actuación y qué resultado se ajusta al interés superior del menor. Si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá siempre la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño.

2º. Como exigencia de unas ciertas garantías procesales en cualquier procedimiento, en particular para que los derechos sean tenidos en cuenta adecuadamente, incluso prestando el apoyo necesario al niño y dotándolo de la adecuada representación.

3º. Como norma de procedimiento que tiene consecuencias importantes para cualquier asunto, ya que puede, por sí mismo, servir de base sobre la que tomar una decisión. Siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto, a un grupo de niños concreto o a los niños en general, el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño o los niños interesados. La evaluación y determinación del interés superior del niño requieren garantías procesales. Además, la justificación de las decisiones debe dejar patente que se ha tenido en cuenta explícitamente ese derecho.

No obstante, la indeterminación del concepto no puede entenderse en el sentido de que no existan indicadores que hagan posible establecer en cada caso concreto cual sea el interés superior del menor. Existen unos indicadores básicos que son los principios rectores de la Convención señalados en su artículo 40, como instrumentos fundamentales de análisis, pero es precisamente la propia indeterminación del término la que exige conocer la situación individualizada del menor de forma exhaustiva, identificando todos los derechos de los menores que están afectados y así poder concretar la solución que más se ajusta a la promoción y respeto de los derechos de esos menores. Consecuentemente con esto es preciso abordar los casos de forma individualizada como fórmula esencial para la detección del interés superior del menor.

La Observación General nº 14 establece que *“la flexibilidad del concepto de interés superior del niño permite su adaptación a la situación de cada niño y la evolución de los conocimientos en materia de desarrollo infantil. Sin embargo, también puede dejar margen para la manipulación.”* No obstante, la Observación subraya que *“la plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana”*³². En esa línea ya habíamos destacado las previsiones de nuestra justicia penal juvenil.

³² Esta interpretación que hace el Comité del interés superior del menor como esencial para el desarrollo del menor, entendido éste como un concepto que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño es coherente y remite en nuestra legislación interna a la regulación que se contiene en la Exposición de Motivos de la LORPM (EM II, 7) donde se afirma que *“en el Derecho penal de menores ha de primar, como elemento determinante del procedimiento y de las medidas que se adopten, el superior interés del menor. Interés que ha de ser valorado con criterios técnicos y no formalistas por equipos de profesionales especializados en el*

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

El problema fundamental de este principio reside en cómo valorar el mismo. En ocasiones pareciera que bastara con exigir una valoración exhaustiva de la situación del niño. Para ello, resulta necesario disponer del tipo de información adecuado de las fuentes adecuadas. Pudiera ser necesaria, con carácter general, la opinión de un experto o incluso una valoración de tipo multidisciplinar. Resulta fundamental la propia opinión del menor de edad, fruto de su derecho a ser escuchado. Y se exige, con todo ello, la delimitación de la evaluación del interés superior del niño como una actividad singular que debe realizarse en cada caso considerando las circunstancias concretas del niño que hacen que este sea único.

Además, la Observación General nº 14 señala otros distintos factores o elementos que deben tenerse en cuenta y ponderarse a la hora de evaluar el interés superior del niño:

La identidad del niño.

Como señala expresamente la Observación General nº 14, *“aunque los niños y los jóvenes comparten las necesidades universales básicas, la expresión de esas necesidades depende de una amplia gama de aspectos personales, físicos, sociales y culturales, incluida la evolución de sus facultades. El derecho del niño a preservar su identidad está garantizado por la Convención (art. 8) y debe ser respetado y tenido en cuenta al evaluar el interés superior del niño.”*. Es un elemento que procede analizar ante situación, y que nunca hay que olvidar.

La preservación del entorno familiar y mantenimiento de las relaciones.

También recoge como principio que *“la familia es la unidad fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de sus miembros, en particular de los niños”*. Subraya que, *“dada la gravedad de los efectos en el niño de que lo separen de sus padres, dicha medida sólo debería aplicarse como último recurso, por ejemplo, cuando el niño esté en peligro de sufrir un daño inminente o cuando sea necesario por otro motivo; la separación no debería llevarse a cabo si se puede proteger al niño mediante medidas que supongan una menor injerencia”*. Es este un elemento a tener en cuenta como prioritario en cualquier intervención a realizar con un menor de edad infractor.

Cuidado, protección y seguridad del niño.

La Observación General nº 14 señala que *“al evaluar y determinar el interés superior de un niño o de los niños en general, debe tenerse en cuenta la obligación del Estado de asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar (art. 3, ap. 2)”*. Subraya que los términos *“protección y cuidados”* deben interpretarse en sentido amplio, ya que su objetivo no se expresa con una fórmula limitada o negativa (por ejemplo *“para proteger al niño de daños”*), sino en relación con el ideal genérico de garantizar el *“bienestar”* y el desarrollo del niño.

Situación de vulnerabilidad.

ámbito de las ciencias no jurídicas, sin perjuicio desde luego de adecuar la aplicación de las medidas a principios garantistas generales tan indiscutibles como el principio acusatorio, el principio de defensa o el principio de presunción de inocencia”.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

También pone de relieve la Observación que un elemento importante que debe tenerse en cuenta son las situaciones de vulnerabilidad del niño, tales como tener alguna discapacidad, pertenecer a un grupo minoritario, ser refugiado o solicitante de asilo, ser víctima de malos tratos, vivir en la calle, etc. Señala que el objetivo de la determinación del interés superior de un niño o de los niños en situación de vulnerabilidad no debe referirse sólo al pleno disfrute de todos los derechos consagrados en la Convención, sino también en otras normas de derechos humanos relacionadas con esas situaciones específicas, como los contemplados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad³³ y la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados³⁴, entre otros instrumentos.

El derecho del niño a la salud.

El derecho del niño a la salud (art. 24) y su estado de salud son fundamentales para evaluar el interés superior del niño.

El derecho del niño a la educación.

Redunda en el interés superior del niño el acceso a una educación de calidad, incluida la educación en la primera infancia, la educación no académica o extraacadémica y las actividades conexas, sin coste alguno.

En conclusión, la Observación General nº 14 subraya que la valoración esencial del interés superior es una valoración general de todos los elementos relevantes del interés superior del menor de edad, ya que la importancia de cada elemento depende de la de los demás. No todos los elementos son relevantes para todos los casos, y pueden emplearse distintos elementos de distintos modos en distintos casos.

Por todo ello, el interés superior del menor constituye un instrumento técnico que permite tanto a jueces como a fiscales apreciar ese “*interés*” en cada caso concreto después de valorar las circunstancias del mismo, motivándolas en la correspondiente resolución. Este principio debe constituirse en pauta de decisión ante un conflicto de intereses. No debe influir en la configuración de este principio el hecho de que sea un concepto flexible, evolutivo y configurado por contingencias particulares que, además, permiten el reconocimiento del menor como persona, la aceptación de sus necesidades y la defensa de los derechos de quien no puede ejercerlos por sí mismo.

De todo ello, se deducen diferentes obligaciones para los Estados:

1º. La obligación de garantizar que el interés superior del niño se integre de manera adecuada y se aplique sistemáticamente en todas las medidas de las instituciones públicas, en especial en todas las medidas de ejecución y los procedimientos administrativos y judiciales que afectan directa o indirectamente a los niños.

³³ 13 de diciembre de 2006; <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

³⁴ 28 de julio de 1951; <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/normativa/acuerdos-y-convenios/convencion-y-protocolo-sobre-el-estatuto-de-los-r>

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

2º. La obligación de velar para que todas las decisiones judiciales y administrativas, las políticas y la legislación relacionadas con los niños dejen patente que el interés superior de éstos ha sido una consideración primordial; ello incluye explicar cómo se ha examinado y evaluado el interés superior del niño, y la importancia que se le ha atribuido en la decisión.

3º. La obligación de garantizar que el interés del niño se ha evaluado y ha constituido una consideración primordial en las decisiones y medidas adoptadas por el sector privado, incluidos los proveedores de servicios, o cualquier otra entidad o institución privadas que tomen decisiones que conciernen o afecten a un niño.

Tras ello, nuestro sistema jurídico ha reflejado dicho interés superior del menor no sólo en el articulado de la LORPM, sino de forma especial y general en la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, de 15 de enero³⁵, cuando en su artículo nº2 señala de forma expresa y suficientemente detallada que:

1-. “Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernen, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor.

2. A efectos de la interpretación y aplicación en cada caso del interés superior del menor, se tendrán en cuenta los siguientes criterios generales, sin perjuicio de los establecidos en la legislación específica aplicable, así como de aquellos otros que puedan estimarse adecuados atendiendo a las circunstancias concretas del supuesto:

a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.

b) La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior.

c) La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor. En caso de acordarse una medida de protección, se priorizará el acogimiento familiar frente al residencial. Cuando el menor hubiera sido separado de su núcleo familiar, se valorarán las posibilidades y conveniencia de su

³⁵ Especialmente tras la reforma operada por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

retorno, teniendo en cuenta la evolución de la familia desde que se adoptó la medida protectora y primando siempre el interés y las necesidades del menor sobre las de la familia.

d) La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación del mismo por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad.

3. Estos criterios se ponderarán teniendo en cuenta los siguientes elementos generales:

a) La edad y madurez del menor.

b) La necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad, ya sea por la carencia de entorno familiar, sufrir maltrato, su discapacidad, su orientación e identidad sexual, su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, su pertenencia a una minoría étnica, o cualquier otra característica o circunstancia relevante.

c) El irreversible efecto del transcurso del tiempo en su desarrollo.

d) La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la efectiva integración y desarrollo del menor en la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.

e) La preparación del tránsito a la edad adulta e independiente, de acuerdo con sus capacidades y circunstancias personales.

f) Aquellos otros elementos de ponderación que, en el supuesto concreto, sean considerados pertinentes y respeten los derechos de los menores.

Los anteriores elementos deberán ser valorados conjuntamente, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, de forma que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara.

4. En caso de concurrir cualquier otro interés legítimo junto al interés superior del menor deberán priorizarse las medidas que, respondiendo a este interés, respeten también los otros intereses legítimos presentes.

En caso de que no puedan respetarse todos los intereses legítimos concurrentes, deberá primar el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Las decisiones y medidas adoptadas en interés superior del menor deberán valorar en todo caso los derechos fundamentales de otras personas que pudieran verse afectados.

5. Toda medida en el interés superior del menor deberá ser adoptada respetando las debidas garantías del proceso y, en particular:

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

a) *Los derechos del menor a ser informado, oído y escuchado, y a participar en el proceso de acuerdo con la normativa vigente.*

b) *La intervención en el proceso de profesionales cualificados o expertos. En caso necesario, estos profesionales han de contar con la formación suficiente para determinar las específicas necesidades de los niños con discapacidad. En las decisiones especialmente relevantes que afecten al menor se contará con el informe colegiado de un grupo técnico y multidisciplinar especializado en los ámbitos adecuados.*

c) *La participación de progenitores, tutores o representantes legales del menor o de un defensor judicial si hubiera conflicto o discrepancia con ellos y del Ministerio Fiscal en el proceso en defensa de sus intereses.*

d) *La adopción de una decisión que incluya en su motivación los criterios utilizados, los elementos aplicados al ponderar los criterios entre sí y con otros intereses presentes y futuros, y las garantías procesales respetadas.*

e) *La existencia de recursos que permitan revisar la decisión adoptada que no haya considerado el interés superior del menor como primordial o en el caso en que el propio desarrollo del menor o cambios significativos en las circunstancias que motivaron dicha decisión hagan necesario revisarla. Los menores gozarán del derecho a la asistencia jurídica gratuita en los casos legalmente previstos.*

Esta nueva regulación refuerza el principio del interés superior del menor dentro de nuestro ordenamiento, introduciendo criterios más claros y explícitos para su determinación y motivación en las distintas resoluciones judiciales. Será el principio rector de cualquier decisión que se tome respecto de un menor de edad, y de forma específica, respecto de los menores infractores que pongan de manifiesto conductas de carácter impulsivo.

EL TRATAMIENTO JURÍDICO DURANTE LA FASE DE INSTRUCCIÓN.

Prosiguiendo con el análisis del tratamiento que tienen las conductas impulsivas en el ámbito de los menores infractores, conviene recordar que la fase de instrucción o de investigación corresponde en este procedimiento al Ministerio Fiscal³⁶. Existe una Fiscalía especial dedicada a la investigación de todas las conductas cometidas por menores de edad –entre 14 y 18 de edad- que sean constitutivas de algún ilícito penal. De esta forma, el Ministerio Fiscal es quien primero tiene noticia de algún tipo

³⁶ Así lo dispone el art. 6 LORPM: “Corresponde al Ministerio Fiscal la defensa de los derechos que a los menores reconocen las leyes, así como la vigilancia de las actuaciones que deban efectuarse en su interés y la observancia de las garantías del procedimiento, para lo cual dirigirá personalmente la investigación de los hechos y ordenará que la policía judicial practique las actuaciones necesarias para la comprobación de aquéllos y de la participación del menor en los mismos, impulsando el procedimiento”.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

de conducta impulsiva, siempre que la misma haya conducido a la comisión de hechos que merezcan una respuesta penal por su tipificación en el Código Penal³⁷.

El procedimiento comienza así a instancia del Ministerio Fiscal. Señala el art. 16.1 LORPM que *“corresponde al Ministerio Fiscal la instrucción de los procedimientos por los hechos a los que se refiere el artículo 1 de esta Ley”*³⁸. No obstante, quienes tengan noticia de algún hecho ilícito cometido por un menor de edad, tendrán la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal (art. 16.2 LORPM), obligación existente en el caso de conocer cualquier ilícito penal.

El Ministerio Fiscal admitirá o no a trámite la denuncia, según que los hechos sean o no indiciariamente constitutivos de delito; custodiará las piezas, documentos y efectos que le hayan sido remitidos, y practicará, en su caso, las diligencias que estime pertinentes para la comprobación del hecho y de la responsabilidad del menor en su comisión, pudiendo resolver el archivo de las actuaciones cuando los hechos no constituyan delito o no tengan autor conocido. La resolución recaída sobre la denuncia deberá siempre notificarse a quienes hubieran formulado la misma. Una vez efectuadas estas actuaciones, dará cuenta de la incoación del expediente al Juez de Menores, quien iniciará las diligencias de trámite correspondientes (art. 16.3 LORPM).

En esta fase del procedimiento penal, dos son las facultades importantes que se le otorgan al Ministerio Fiscal. Facultades que difieren de lo que ocurre en la justicia penal de adultos. La primera, es la posibilidad de desistir de la incoación del expediente cuando los hechos denunciados constituyan delitos menos graves sin violencia o intimidación en las personas o faltas, tipificados en el Código Penal o en las leyes penales especiales. Se trata de una desestimación ab initio. En tal caso, el Ministerio Fiscal dará traslado de lo actuado a la entidad pública de protección de menores para la aplicación de lo establecido en el artículo 3 LORPM³⁹. Asimismo, el Ministerio Fiscal comunicará a los ofendidos o perjudicados conocidos el desistimiento acordado. Resulta especialmente importante dicha posibilidad, y puede darse en conductas de carácter impulsivo que revistan las características que señala el mencionado art. 18 LORPM. En estos supuestos, se desistirá de incoar expediente de reforma contra ese menor de edad, sin perjuicio de que queda registrado en la Fiscalía, y que otra conducta posterior pueda dar lugar a la incoación de otro expediente, pese a no haberse incoado el primero. El Ministerio Fiscal analiza las circunstancias personales y sociales de ese menor de edad, y en ese caso, si no existen elementos o factores de riesgo que hagan necesaria una intervención educativa, desistirá. Tal extremo hará que una nueva conducta de ese mismo menor de edad, ya pueda requerir la intervención educativa correspondiente. Así lo señala el inciso segundo del citado art. 18 LORPM, cuando dice que *“no obstante, cuando conste que el menor ha cometido con anterioridad otros hechos de la misma naturaleza, el Ministerio Fiscal deberá incoar el expediente y,*

³⁷ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre.

³⁸ Art. 1.1 LORPM: *“Esta Ley se aplicará para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales”*.

³⁹ Art. 18 LORPM. Sobre la protección del menor nos ocuparemos más adelante.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

*en su caso, actuar conforme autoriza el artículo 27.4 de la presente Ley*⁴⁰. En ese caso, habrá que estar al informe del Equipo Técnico, que podrá proponer la no continuación del expediente contra el menor infractor, atendiendo al propio interés del menor de edad.

La segunda facultad de la que hablábamos anteriormente es la posibilidad de desistir y sobreseer el expediente por conciliación o reparación entre el menor y la víctima. Se trata de una facultad de la que se dispone una vez incoado el expediente, y que se contempla en el art. 19 LORPM. Para ello, deberá atender a la gravedad y circunstancias de los hechos y del menor, y de modo particular a la falta de violencia o intimidación graves en la comisión de los hechos, y a la circunstancia de que además el menor se haya conciliado con la víctima o haya asumido el compromiso de reparar el daño causado a la víctima o al perjudicado por el delito, o se haya comprometido a cumplir la actividad educativa propuesta por el equipo técnico en su informe. Este desistimiento en la continuación del expediente sólo será posible cuando el hecho imputado al menor constituya delito menos grave o falta.

En todo caso, se entenderá producida la conciliación cuando el menor reconozca el daño causado y se disculpe ante la víctima, y ésta acepte sus disculpas, y se entenderá por reparación el compromiso asumido por el menor con la víctima o perjudicado de realizar determinadas acciones en beneficio de aquéllos o de la comunidad, seguido de su realización efectiva. Todo ello sin perjuicio del acuerdo al que hayan llegado las partes en relación con la responsabilidad civil. El correspondiente equipo técnico realizará las funciones de mediación entre el menor y la víctima o perjudicado, e informará al Ministerio Fiscal de los compromisos adquiridos y de su grado de cumplimiento. Una vez producida la conciliación o cumplidos los compromisos de reparación asumidos con la víctima o perjudicado por el delito o falta cometido, o cuando una u otros no pudieran llevarse a efecto por causas ajenas a la voluntad del menor, el Ministerio Fiscal dará por concluida la instrucción y solicitará del Juez el sobreseimiento y archivo de las actuaciones, con remisión de lo actuado. En estos casos, cuando el menor no cumpla la reparación o la actividad educativa acordada, el Ministerio Fiscal continuará la tramitación del expediente.

Son dos casos especialmente relevantes en cuanto a la posibilidad de no iniciar o no continuar el procedimiento penal juvenil contra un menor que ha podido evidenciar alguna conducta impulsiva merecedora de reproche penal. En estos casos, desistida la incoación o sobreseído o archivado provisionalmente el expediente, no existirá intervención con ese menor que evidenció una situación de impulsividad. La previsión legal es su remisión al ámbito de la protección de menores de edad, sin que en dicha esfera esté clara la existencia de una efectiva y real intervención sobre dichos menores de edad.

⁴⁰ Dicho artículo 27.4 LORPM contempla una expresa posibilidad: *“podrá el equipo técnico proponer en su informe la conveniencia de no continuar la tramitación del expediente en interés del menor, por haber sido expresado suficientemente el reproche al mismo a través de los trámites ya practicados, o por considerar inadecuada para el interés del menor cualquier intervención, dado el tiempo transcurrido desde la comisión de los hechos. En estos casos, si se reunieran los requisitos previstos en el artículo 19.1 de esta Ley, el Ministerio Fiscal podrá remitir el expediente al Juez con propuesta de sobreseimiento, remitiendo, además, en su caso, testimonio de lo actuado a la entidad pública de protección de menores que corresponda, a los efectos de que actúe en protección del menor”*.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

No obstante, encontrándonos en la fase de instrucción, y existiendo la posibilidad de que conductas impulsivas de menores de edad hayan dado lugar a la incoación de un expediente, conviene analizar cuál será el procedimiento y las actuaciones que en el mismo se darán. Así, señala el artículo 22 LORPM qué pasará desde que se acuerde la incoación del expediente. Desde ese mismo momento de la incoación del expediente, el menor –y entre ellos aquél que evidencie circunstancias de impulsividad en su conducta- tendrá derecho a:

- a) Ser informado por el Juez, el Ministerio Fiscal, o agente de policía de los derechos que le asisten.
- b) Designar abogado que le defienda, o a que le sea designado de oficio y a entrevistarse reservadamente con él, incluso antes de prestar declaración.
- c) Intervenir en las diligencias que se practiquen durante la investigación preliminar y en el proceso judicial, y a proponer y solicitar, respectivamente, la práctica de diligencias.
- d) Ser oído por el Juez o Tribunal antes de adoptar cualquier resolución que le concierna personalmente.
- e) La asistencia afectiva y psicológica en cualquier estado y grado del procedimiento, con la presencia de los padres o de otra persona que indique el menor, si el Juez de Menores autoriza su presencia.
- f) La asistencia de los servicios del equipo técnico adscrito al Juzgado de Menores.

Esas dos últimas circunstancias son, sin duda, las que más interesan al caso de conductas impulsivas que hayan dado lugar a la incoación de un expediente en el ámbito de la jurisdicción penal juvenil. Ese expediente deberá ser notificado al menor desde el momento mismo de su incoación, a salvo que se haya declarado secreto⁴¹. A tal fin, el Fiscal requerirá al menor y a sus representantes legales para que designen letrado en el plazo de tres días, advirtiéndoles que, de no hacerlo, se le nombrará de oficio de entre los integrantes del turno de especialistas del correspondiente Colegio de Abogados. Una vez producida dicha designación, el Fiscal la comunicará al Juez de Menores.

Incoado el expediente, la actuación instructora del Ministerio Fiscal tendrá como objeto, tanto valorar la participación del menor en los hechos para expresarle el reproche que merece su conducta, como proponer las concretas medidas de contenido educativo y sancionador adecuadas a las circunstancias del hecho y de su autor y, sobre todo, al interés del propio menor valorado en la causa (art. 23.1 LORPM). En todo caso, el Ministerio Fiscal no podrá practicar por sí mismo diligencias restrictivas de derechos fundamentales, sino que habrá de solicitar del Juzgado la práctica de las que sean precisas para el buen fin de las investigaciones. El Juez de Menores resolverá sobre esta petición por auto motivado. La práctica de tales diligencias se documentará en pieza separada.

Durante la fase de instrucción tiene una especial relevancia la intervención del Equipo Técnico, compuestos por un psicólogo, un educador y un trabajador social. Contempla específicamente la LORPM en su art. 27 que, durante la instrucción del expediente, el Ministerio Fiscal requerirá del

⁴¹ Como contempla el art. 24 LORPM.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

equipo técnico la elaboración de un informe, o actualización de los anteriormente emitidos, sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como sobre su entorno social, y en general sobre cualquier otra circunstancia relevante a los efectos de la adopción de alguna de las medidas previstas en la LORPM. Este informe podrá ser elaborado o complementado por aquellas entidades públicas o privadas que trabajen en el ámbito de la educación de menores y conozcan la situación del menor expedientado (art. 27.6 LORPM). El informe deberá entregarse en el plazo máximo de diez días, aunque puede prorrogarse el plazo en casos de gran complejidad hasta un mes. Resulta especialmente trascendente este informe porque el equipo técnico podrá proponer, asimismo, una intervención socio-educativa sobre el menor, poniendo de manifiesto en tal caso aquellos aspectos del mismo que considere relevantes en orden a dicha intervención. Confiamos que será en este momento cuando se evidencien las conductas impulsivas, sus características, y los posibles trastornos, de cara a una mejor intervención en estos menores. El problema será, como señalábamos, en aquellas conductas impulsivas que no hayan dado lugar a intervención, incoación de expediente, entrevistas y elaboración de informe por el equipo técnico.

Las mismas facultades que advertíamos en el Ministerio Fiscal se otorgan al equipo técnico en su condición de órgano técnico especializado. Así, podrá informar, si lo considera conveniente y en interés del menor, sobre la posibilidad de que éste efectúe una actividad reparadora o de conciliación con la víctima, con indicación expresa del contenido y la finalidad de la mencionada actividad. Para este caso, no se contempla la necesidad de emitir informe con todos los contenidos anteriormente señalados. También podrá el equipo técnico proponer en su informe la conveniencia de no continuar la tramitación del expediente en interés del menor, por haber sido expresado suficientemente el reproche al mismo a través de los trámites ya practicados, o por considerar inadecuada para el interés del menor cualquier intervención, dado el tiempo transcurrido desde la comisión de los hechos⁴².

Concluida la instrucción por el Ministerio Fiscal declarará la conclusión del expediente, notificándosela a las partes personadas, y remitirá al Juzgado de Menores el expediente, junto con las piezas de convicción y demás efectos que pudieran existir, con un escrito de alegaciones en el que constará la descripción de los hechos, la valoración jurídica de los mismos, el grado de participación del menor, una breve reseña de las circunstancias personales y sociales de éste, la proposición de alguna medida de las previstas en esta Ley con exposición razonada de los fundamentos jurídicos y educativos que la aconsejen, y, en su caso, la exigencia de responsabilidad civil. Es en este momento donde el Ministerio Fiscal podrá hacer constar algún aspecto o circunstancia sobre la conducta impulsiva del menor de edad y las consecuencias que respecto de la misma reclamará en el juicio oral. Además, en el mismo acto, el Ministerio Fiscal propondrá la prueba de que intente valerse para la defensa de su pretensión procesal.

⁴² En estos casos, si se reunieran los requisitos previstos en el artículo 19.1 LORPM, el Ministerio Fiscal podrá remitir el expediente al Juez con propuesta de sobreseimiento, remitiendo, además, en su caso, testimonio de lo actuado a la entidad pública de protección de menores que corresponda, a los efectos de que actúe en protección del menor.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

Es importante destacar que en ese momento el Ministerio Fiscal también podrá proponer la participación en el acto de la audiencia de aquellas personas o representantes de instituciones públicas y privadas que puedan aportar al proceso elementos valorativos del interés del menor y de la conveniencia o no de las medidas solicitadas.

EL TRATAMIENTO JURÍDICO EN LA FASE DE ENJUICIAMIENTO.

En la fase de enjuiciamiento o audiencia, el procedimiento llega al Juzgado de Menores, y junto al Ministerio Fiscal que ejercerá la acción pública, con la posibilidad de que se haya personado alguna acusación particular (art. 25 LORPM), el papel predominante lo desarrollará el Juez de Menores. Es esta una fase fundamental para depurar la responsabilidad del menor y, por ende, la intervención que se realizará sobre el mismo. No hay que olvidar aquí que el Tribunal Constitucional ha venido destacando en la sentencia 23/2016, de 15 de febrero de 2016 que: *“el sistema de justicia de menores no sólo debe garantizar que la respuesta a los menores delincuentes sea proporcionada a las circunstancias del delincuente y del delito, sino que también debe atender al bienestar de estos menores”*. En igual sentido las SSTC 243/2004, FJ 4, y STC 64/2011, FJ 3.

Lo trascendental de esta fase, a los efectos de este trabajo, son dos aspectos. El primero, las pruebas que se podrán presentar y practicar en la audiencia (arts. 34 y 37 LORPM). Pruebas que podrán ir dirigidas a demostrar los componentes y características de la conducta impulsiva del menor de edad, de cara a la determinación de la medida educativa más adecuada a imponer en la sentencia. En dicho ámbito las facultades son amplias tanto para el Ministerio Fiscal como para la defensa del menor de edad, o la acusación particular si existiera en la causa. El segundo aspecto fundamental reside en el dictado de la sentencia, sea de conformidad –por aceptación de los hechos– o no, tras la práctica de la prueba y la valoración de la misma por parte del Juez. En esa sentencia será el Juez quien, una vez determinada la concurrencia del hecho y de todas las circunstancias del mismo, lo califique jurídicamente y determine la concreta medida educativa a imponer (art. 39 LORPM)⁴³. Es un momento fundamental para la intervención sobre el menor de edad, responsable penalmente, que cometió una conducta impulsiva.

⁴³ Art. 39 LORPM: *“La sentencia contendrá todos los requisitos previstos en la vigente Ley Orgánica del Poder Judicial y en ella, valorando las pruebas practicadas, las razones expuestas por el Ministerio Fiscal, por las partes personadas y por el letrado del menor, lo manifestado en su caso por éste, tomando en consideración las circunstancias y gravedad de los hechos, así como todos los datos debatidos sobre la personalidad, situación, necesidades y entorno familiar y social del menor, la edad de éste en el momento de dictar la sentencia, y la circunstancia de que el menor hubiera cometido o no con anterioridad otros hechos de la misma naturaleza, resolverá sobre la medida o medidas propuestas, con indicación expresa de su contenido, duración y objetivos a alcanzar con las mismas. La sentencia será motivada, consignando expresamente los hechos que se declaren probados y los medios probatorios de los que resulte la convicción judicial. En la misma sentencia se resolverá sobre la responsabilidad civil derivada del delito o falta, con el contenido indicado en el artículo 115 del Código Penal. También podrá ser anticipado oralmente el fallo al término de las sesiones de la audiencia, sin perjuicio de su documentación con arreglo al artículo 248.3 de la citada Ley Orgánica del Poder Judicial”*.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En ella, las medidas que podrán ser impuestas, que son fundamentales para los casos de menores con conductas impulsivas, debiendo individualizarse en el caso concreto, serán las siguientes (art. 7 LORPM):

1.-Internamiento en régimen cerrado. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.

2.-Internamiento en régimen semiabierto. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro, pero podrán realizar fuera del mismo alguna o algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida. La realización de actividades fuera del centro quedará condicionada a la evolución de la persona y al cumplimiento de los objetivos previstos en las mismas, pudiendo el Juez de Menores suspenderlas por tiempo determinado, acordando que todas las actividades se lleven a cabo dentro del centro.

3.-Internamiento en régimen abierto. Las personas sometidas a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.

4.-Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto. En los centros de esta naturaleza se realizará una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

Las medidas de internamiento siempre constarán de dos períodos: el primero se llevará a cabo en el centro correspondiente, y el segundo se llevará a cabo en régimen de libertad vigilada, en la modalidad elegida por el Juez. El equipo técnico deberá informar respecto del contenido de ambos períodos, y el Juez expresará la duración de cada uno en la sentencia.

5.-Tratamiento ambulatorio. Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

6.-Asistencia a un centro de día. Las personas sometidas a esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.

7.-Permanencia de fin de semana. Las personas sometidas a esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

la noche del domingo, a excepción, en su caso, del tiempo que deban dedicar a las tareas socio-educativas asignadas por el Juez que deban llevarse a cabo fuera del lugar de permanencia.

8- Libertad vigilada. Esta es la medida más común por excelencia. En esta medida se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socio-educativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el Juez de Menores. La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el Juez, que podrán ser alguna o algunas de las siguientes:

1ª Obligación de asistir con regularidad al centro docente correspondiente, si el menor está en edad de escolarización obligatoria, y acreditar ante el Juez dicha asistencia regular o justificar en su caso las ausencias, cuantas veces fuere requerido para ello.

2ª Obligación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, de educación vial u otros similares.

3ª Prohibición de acudir a determinados lugares, establecimientos o espectáculos.

4ª Prohibición de ausentarse del lugar de residencia sin autorización judicial previa.

5ª Obligación de residir en un lugar determinado.

6ª Obligación de comparecer personalmente ante el Juzgado de Menores o profesional que se designe, para informar de las actividades realizadas y justificarlas.

7ª Cualesquiera otras obligaciones que el Juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, estime convenientes para la reinserción social del sentenciado, siempre que no atenten contra su dignidad como persona. Si alguna de estas obligaciones implicase la imposibilidad del menor de continuar conviviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.

- a) La prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez. Esta medida impedirá al menor acercarse a ellos, en cualquier lugar donde se encuentren, así como a su domicilio, a su centro docente, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por ellos. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal, impedirá al menor establecer con ellas, por cualquier medio de comunicación o medio informático o telemático, contacto escrito, verbal o visual. Si esta medida implicase la imposibilidad del menor de continuar viviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.

- b) Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo. La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización.
- c) Prestaciones en beneficio de la comunidad. La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad.
- d) Realización de tareas socio-educativas. La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social.
- e) Amonestación. Esta medida consiste en la reprensión de la persona llevada a cabo por el Juez de Menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en el futuro.
- f) Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas. Esta medida podrá imponerse como accesorio cuando el delito o falta se hubiere cometido utilizando un ciclomotor o un vehículo a motor, o un arma, respectivamente.
- g) Inhabilitación absoluta. La medida de inhabilitación absoluta produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos sobre el que recayere, aunque sean electivos; así como la incapacidad para obtener los mismos o cualesquiera otros honores, cargos o empleos públicos, y la de ser elegido para cargo público, durante el tiempo de la medida.

Es importante insistir en que, para la elección de la medida o medidas a imponer en cada caso, habrá que evaluar cuáles serán las más adecuadas o adecuada atendiendo de modo flexible, no sólo a la prueba y valoración jurídica de los hechos, sino especialmente a la edad, las circunstancias familiares y sociales, la personalidad y el interés del menor, puestos de manifiesto los dos últimos en los informes de los equipos técnicos y de las entidades públicas de protección y reforma de menores cuando éstas hubieran tenido conocimiento del menor por haber ejecutado una medida cautelar o definitiva con anterioridad. El Juez deberá motivar siempre en la sentencia las razones por las que aplica una determinada medida, así como el plazo de duración de la misma, a los efectos de la valoración del mencionado interés del menor. Es importante esta circunstancia, para así valorar e individualizar la medida o medidas necesarias para intervenir ante la comisión de conductas impulsivas. Las medidas en medio abierto son las que se imponen en la práctica totalidad de los casos.

EL TRATAMIENTO JURÍDICO EN LA FASE DE EJECUCIÓN.

Llegamos quizás al punto más importante, la ejecución de las medidas educativas impuestas que se han considerado más adecuadas para tratar las conductas impulsivas que han dado lugar al ilícito penal. Dicha ejecución deberá realizarse en virtud de la sentencia firme que haya recaído en el procedimiento (art. 43 LORPM). La misma se realizará bajo el control del Juez de Menores que haya dictado la sentencia correspondiente, siendo competencia de las Comunidades Autónomas correspondientes (arts. 44 y 45 LORPM).

Resulta fundamental conocer en fase de ejecución los trastornos que presenta el menor de edad para un mejor diseño e implementación del PIE (programa individualizado de ejecución), para que atienda de forma efectiva a las necesidades de ese menor de edad y obtener un efecto reductor de la reincidencia mediante el abordaje de los factores psiquiátricos relacionados con la conducta que fue merecedora del reproche penal. Ese PIE es el instrumento fundamental para planificar la intervención sobre el menor de edad, y el mismo debe ser aprobado por el Juzgado de Menores. El Juez de Menores, tanto de oficio como a instancia del Ministerio Fiscal o del letrado del menor, llevará el control de la ejecución a través de las funciones siguientes⁴⁴:

- 1.- Adoptar todas las decisiones que sean necesarias para proceder a la ejecución efectiva de las medidas impuestas.
- 2.- Resolver las propuestas de revisión de las medidas.
- 3.- Aprobar los programas de ejecución de las medidas.
- 4.- Conocer de la evolución de los menores durante el cumplimiento de las medidas a través de los informes de seguimiento de las mismas.
- 5.- Resolver los recursos que se interpongan contra las resoluciones dictadas para la ejecución de las medidas, conforme establece el artículo 52 de esta Ley.
- 6.- Acordar lo que proceda en relación a las peticiones o quejas que puedan plantear los menores sancionados sobre el régimen, el tratamiento o cualquier otra circunstancia que pueda afectar a sus derechos fundamentales.
- 7.- Realizar regularmente visitas a los centros y entrevistas con los menores.
- 8.- Formular a la entidad pública de protección o reforma de menores correspondiente las propuestas y recomendaciones que considere oportunas en relación con la organización y el régimen de ejecución de las medidas.
- 9.- Adoptar las resoluciones que, en relación con el régimen disciplinario, les atribuye el artículo 60 de esta Ley.

⁴⁴ Art. 44.2 LORPM.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

A través de dichas funciones se puede controlar la ejecución de las medidas que hayan sido impuestas por actos que dimanen de conductas impulsivas del menor, teniendo un papel importante para la intervención sobre el mismo. El buen control de esas funciones, unido al asesoramiento técnico psiquiátrico, posibilitarán el éxito del tratamiento que se haya dispuesto.

Como señalábamos, en la ejecución tiene un papel predominante la Entidad Pública, que es la encargada de llevar a cabo las medidas impuestas bajo el control del Juzgado de Menores. Se contempla la existencia de un expediente personal único de cada menor de edad como el mejor instrumento para la intervención, recogiendo en él los informes relativos al menor, las resoluciones judiciales que le afecten y el resto de documentación que se pueda generar durante la ejecución (art. 48.1 LORPM)⁴⁵. Dicha Entidad pública remitirá al Juez de Menores y al Ministerio Fiscal, con la periodicidad que se establezca reglamentariamente en cada caso y siempre que fuese requerida para ello o la misma entidad lo considerase necesario, informes sobre la ejecución de la medida y sus incidencias, y sobre la evolución personal de los menores sometidos a las mismas. Dichos informes se remitirán también al letrado del menor si así lo solicitare a la entidad pública competente (art. 49.1 LORPM).

Dentro de la ejecución, y de cara al tratamiento de la impulsividad, resulta un buen instrumento la previsión de sustitución de medidas que contempla el art. 51 LORPM. Así, durante la ejecución de las medidas el Juez de Menores competente para la ejecución podrá, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, del letrado del menor o de la Administración competente, y oídas las partes, así como el equipo técnico y la representación de la entidad pública de protección o reforma de menores, dejar sin efecto aquellas o sustituirlas por otras que se estimen más adecuadas de entre las previstas en esta Ley, por tiempo igual o inferior al que reste para su cumplimiento, siempre que la nueva medida pudiera haber sido impuesta inicialmente atendiendo a la infracción cometida.

Destaca especialmente en la fase de ejecución, según Forcada⁴⁶, de forma general, que todos los estudios coinciden en la alta prevalencia de enfermedades mentales entre los jóvenes internados en centros por hechos que merecieron reproche penal, porcentaje que oscilar entre el 69 y el 100%, según los trastornos investigados y los criterios metodológicos que se utilicen. Los trastornos externalizantes, especialmente los trastornos de conducta (del 31 al 75%) y los trastornos relacionados con sustancias (41% a 55,8%) son los más prevalentes. Pero se encuentran sorprendentemente altas tasas también de otros trastornos, como el TDAH (8% a 17,6%), la psicosis (4% a 34%) y trastornos internalizantes, como la ansiedad (5% a 47,6%) y depresión (2% a 11'4%).

⁴⁵ Art. 48.2 y 3 LORPM: “2. Dicho expediente tendrá carácter reservado y solamente tendrán acceso al mismo el Defensor del Pueblo o institución análoga de la correspondiente Comunidad Autónoma, los Jueces de Menores competentes, el Ministerio Fiscal y las personas que intervengan en la ejecución y estén autorizadas por la entidad pública de acuerdo con sus normas de organización. El menor, su letrado y, en su caso, su representante legal, también tendrán acceso al expediente. 3. La recogida, cesión y tratamiento automatizado de datos de carácter personal de las personas a las que se aplique la presente Ley, sólo podrá realizarse en ficheros informáticos de titularidad pública dependientes de las entidades públicas de protección de menores, Administraciones y Juzgados de Menores competentes o del Ministerio Fiscal, y se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus normas de desarrollo”.

⁴⁶ ob. cit.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

En general, los patrones más habituales en el ámbito de la ejecución son: TDAH (trastornos por déficit de atención con hiperactividad); trastorno multimodal; trastornos de espectro autista; trastornos neuróticos y psicóticos; problemas madurativos del desarrollo y del aprendizaje; trastornos negativo desafiantes; trastornos disociales; trastornos farmacológicos; y trastornos generalizados del desarrollo.

Con todo ello, en el ámbito de la impulsividad, cuando encontramos menores infractores que han cometido un ilícito penal, dentro del PIE se realizan propuestas de intervención que establecen como objetivos más comunes los siguientes:

1.-Dentro del área individual o personal:

- Aprender estrategias para poder afrontar las dificultades vitales que ha vivido y está viviendo.
- Reflexionar sobre las conductas disociales y sus consecuencias.
- Mejorar su control de impulsos, sus estallidos.
- Aceptar las dificultades emocionales que presenta y que pueden dificultar su evolución.
- Alcanzar el máximo de competencias básicas en el área formativa prelaboral.

2.-Dentro del área social y familiar:

- Establecer una relación positiva y afectiva con su núcleo familiar.
- Establecer una relación positiva y afectiva con los profesionales que intervengan.
- Valorar positivamente la intervención de las instituciones de protección familiar e intervención en dicho ámbito.

EL NUEVO SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES DE EDAD

Conviene dedicar algo de atención al nuevo sistema de protección de los menores de edad que surge de la aprobación de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia y de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. La remisión al sistema de protección que se realiza en el articulado de la LORPM, y que hemos señalado a través de estas líneas, hace imprescindible dedicar algo de atención a las novedades en el sistema de protección, y de forma específica, a aquello que pueda afectar a quienes desarrollan conductas marcadas por su impulsividad.

En el ámbito de la protección el concepto clave es la situación de desamparo en la que se puede encontrar el menor de edad. La misma es fruto de una situación de riesgo que pudiera darse. Se considerará situación de riesgo aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar. A tales efectos, se considerará indicador de riesgo, entre otros, el tener un hermano declarado en tal situación, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente. La concurrencia de circunstancias o carencias materiales se considerará indicador de riesgo, pero nunca podrá desembocar en la separación del entorno familiar (art. 17.1 LOPJM).

La situación de riesgo será declarada por la administración pública competente conforme a lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica aplicable mediante una resolución administrativa motivada, previa audiencia a los progenitores, tutores, guardadores o acogedores y del menor si tiene suficiente madurez y, en todo caso, a partir de los doce años. La resolución administrativa incluirá las medidas tendentes a corregir la situación de riesgo del menor, incluidas las atinentes a los deberes al respecto de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores. Frente a la resolución administrativa que declare la situación de riesgo del menor, se podrá interponer recurso conforme a la Ley de Enjuiciamiento Civil.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 172 y siguientes del Código Civil, se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Esta circunstancia pudiera darse en el caso de menores con conductas impulsivas. La situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no podrá ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo. Asimismo, como premisa general, en ningún caso se separará a un menor de sus progenitores en razón de una discapacidad del menor, de ambos progenitores o de uno de ellos. Se considerará un indicador de desamparo, entre otros, el tener un hermano declarado en tal situación, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente.

En particular se entenderá que existe situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad que, valoradas y ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor:

- a) El abandono del menor, bien porque falten las personas a las que por ley corresponde el ejercicio de la guarda, o bien porque éstas no quieran o no puedan ejercerla.
- b) El transcurso del plazo de guarda voluntaria, bien cuando sus responsables legales se encuentren en condiciones de hacerse cargo de la guarda del menor y no quieran asumirla, o bien cuando, deseando asumirla, no estén en condiciones para hacerlo, salvo los casos excepcionales en los que la guarda voluntaria pueda ser prorrogada más allá del plazo de dos años.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

- c) El riesgo para la vida, salud e integridad física del menor. En particular cuando se produzcan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de aquellas; también cuando el menor sea identificado como víctima de trata de seres humanos y haya un conflicto de intereses con los progenitores, tutores y guardadores; o cuando exista un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte del menor con el conocimiento, consentimiento o la tolerancia de los progenitores, tutores o guardadores. Se entiende que existe tal consentimiento o tolerancia cuando no se hayan realizado los esfuerzos necesarios para paliar estas conductas, como la solicitud de asesoramiento o el no haber colaborado suficientemente con el tratamiento, una vez conocidas las mismas. También se entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.
- d) El riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores. Cuando esta falta de atención esté condicionada por un trastorno mental grave, por un consumo habitual de sustancias con potencial adictivo o por otras conductas adictivas habituales, se valorará como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de progenitores, tutores o guardadores o la falta de colaboración suficiente durante el mismo.
- e) El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a circunstancias o comportamientos que perjudiquen el desarrollo del menor o su salud mental.
- f) La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación del menor de similar naturaleza o gravedad.
- g) La ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.
- h) Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor que traiga causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia.

Cuando la Entidad Pública constate que el menor se encuentra en situación de desamparo, actuará en la forma prevista en el artículo 172 y siguientes del Código Civil, asumiendo la tutela de aquél por ministerio de la ley, la guarda provisional, adoptando las oportunas medidas de protección y poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal y, en su caso, del Juez que acordó la tutela ordinaria. Una vez constatada la situación por la Entidad Pública, tendrá la tutela legal de forma automática (arts. 172 Cc y 18 LOPJM) y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda. Se dictará resolución administrativa declarando la situación de desamparo, y será

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

notificada a los progenitores, tutores o guardadores y al menor afectado si tuviere suficiente madurez, y en todo caso, si fuere mayor de 12 años, de forma inmediata sin que sobrepase el plazo máximo de 48 horas. A partir de ahí, durante dos años los progenitores, tutores o guardadores podrán solicitar u oponerse a las decisiones o medidas de protección del menor, decayendo finalmente su derecho y quedando a partir de esa fecha únicamente en manos del Ministerio Fiscal.

La guarda podrá realizarse mediante acogimiento familiar, y no siendo éste posible o conveniente para el interés del menor, mediante el acogimiento residencial. La reforma opta como preferente por el acogimiento familiar (art. 172 ter Cc.). Se buscará siempre el interés del menor y se priorizará, cuando no sea contrario al interés del menor, su reintegración en la propia familia. Dentro del acogimiento familiar se contempla: un acogimiento de urgencia, para menores de seis años y con una duración máxima de seis meses; un acogimiento temporal, transitorio, con una duración máxima de dos años; y un acogimiento permanente, excepcional, al finalizar el plazo de dos años por no ser posible la reintegración familiar.

Resulta fundamental en la reforma como se recoge el concepto del interés superior del menor, tal y como reflejamos anteriormente, y el derecho de éste a ser oído y escuchado. Se contempla una intervención reforzada del Ministerio Fiscal como órgano central de todo el sistema de protección, que recabará la autorización judicial en los supuestos previstos legalmente. Los criterios de preferencia que contempla la reforma son el de las medidas estables con preferencia a las temporales, las familiares frente a las residenciales, y las consensuadas frente a las impuestas.

Como especial novedad, la reforma contempla el ingreso de menores con problemas de conducta en centros de protección específico. Es quizás esta cuestión la más trascendente a efectos del tratamiento de las conductas impulsivas que se puedan dar en los menores de edad. Las que tengan relevancia penal, como hemos vistos, se tratarán a través de las medidas educativas que se impongan en el procedimiento de responsabilidad penal juvenil, con los problemas ya analizados. Aquellos supuestos que no se deriven al ámbito penal, o que derivados no hayan sido objeto de la incoación de un expediente o de la declaración de responsabilidad penal, se podrán ver afectados de lleno por esta nueva previsión. Así, el artículo 778 bis de la Ley de Enjuiciamiento Civil otorga la legitimación activa para solicitar a la autoridad judicial tal ingreso a la Entidad Pública, que ostente la tutela o guarda de un menor, y al Ministerio Fiscal.

Se trata de centros, sometidos a estándares internacionales y a control de calidad, que estarán destinados al acogimiento residencial de menores que estén en situación de guarda o tutela de la Entidad Pública, diagnosticados con problemas de conducta, que presenten conductas disruptivas o di-sociales recurrentes, transgresoras de las normas sociales y los derechos de terceros, cuando además así esté justificado por sus necesidades de protección y determinado por una valoración psicosocial especializada. El acogimiento residencial en estos centros se realizará exclusivamente cuando no sea posible la intervención a través de otras medidas de protección, y tendrá como finalidad proporcionar al menor un marco adecuado para su educación, la normalización de su conducta, su reintegración familiar cuando sea posible, y el libre y armónico desarrollo de su personalidad, en un contexto estructurado y con programas específicos en el marco de un proyecto educativo. Así pues, el ingreso del menor en estos centros y las medidas de seguridad que se

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

apliquen en el mismo se utilizarán como último recurso y tendrán siempre carácter educativo (art. 25 LOPJM).

A la solicitud de ingreso siempre se deberá acompañar la valoración psicosocial que justifique el ingreso que se solicita. Serán competentes para autorizar el ingreso de un menor en dichos centros los Juzgados de Primera Instancia del lugar donde radique el centro. La autorización judicial será obligatoria y deberá ser previa a dicho ingreso, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, la Entidad Pública o el Ministerio Fiscal deberán comunicarlo al Juzgado competente, dentro de las veinticuatro horas siguientes, a los efectos de que proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que llegue el ingreso a conocimiento del Juzgado, dejándose de inmediato sin efecto el ingreso en caso de que no sea autorizado. En tales supuestos, la competencia para la ratificación de la medida y para continuar conociendo del procedimiento será del Juzgado de Primera Instancia del lugar en que radique el centro del ingreso.

El Juzgado, para conceder la autorización o ratificar el ingreso ya efectuado, deberá examinar y oír al menor, quien deberá ser informado sobre el ingreso en formatos accesibles y en términos que le sean comprensibles y adaptados a su edad y circunstancias, a la Entidad Pública, a los progenitores o tutores que ostentaran la patria potestad o tutela, y a cualquier persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada, y se emitirá informe por el Ministerio Fiscal. El Juzgado recabará, al menos, dictamen de un facultativo por él designado, sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que considere relevante para el caso o le sea instada. La autorización o ratificación del ingreso únicamente procederá cuando no resulte posible atender, de forma adecuada, al menor en unas condiciones menos restrictivas.

Frente a la resolución que el Juzgado adopte en relación con la autorización o ratificación del ingreso podrá interponerse recurso de apelación por el menor afectado, la Entidad Pública, el Ministerio Fiscal, o los progenitores o tutores que sigan teniendo legitimación para oponerse a las resoluciones en materia de protección de menores. El recurso de apelación no tendrá efecto suspensivo.

En la misma resolución en que se acuerde el ingreso se expresará la obligación de la Entidad Pública y del Director del centro de informar periódicamente al Juzgado y al Ministerio Fiscal sobre las circunstancias del menor y la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el Juez pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada tres meses, a no ser que el Juez, atendida la naturaleza de la conducta que motivó el ingreso, señale un plazo inferior. Transcurrido el plazo y recibidos los informes de la Entidad Pública y del Director del centro, el Juzgado, previa la práctica de las actuaciones que estime imprescindibles, y oído el menor y el Ministerio Fiscal, acordará lo procedente sobre la continuación o no del ingreso.

El control periódico de los ingresos corresponderá al Juzgado de Primera Instancia del lugar donde radique el centro. En caso de que el menor fuera trasladado a otro centro de protección específico de menores con problemas de conducta, no será necesaria una nueva autorización judicial, pasando a conocer del procedimiento el Juzgado de Primera Instancia del lugar en que radique el nuevo centro. La decisión de traslado será notificada a las personas interesadas, al menor y al Ministerio Fiscal, quienes podrán recurrirla ante el órgano que esté conociendo del ingreso, el cual resolverá tras

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

recabar informe del centro y previa audiencia de las personas interesadas, del menor y del Ministerio Fiscal.

Los menores no permanecerán en el centro más tiempo del estrictamente necesario para atender a sus necesidades específicas.

El cese será acordado por el órgano judicial competente, de oficio o a propuesta de la Entidad Pública o del Ministerio Fiscal. Esta propuesta estará fundamentada en un informe psicológico, social y educativo. El menor será siempre informado de las resoluciones que se adopten.

ALGUNAS CONCLUSIONES.

Examinadas todas las cuestiones que nos planteábamos al inicio, y en el marco del encuentro entre psiquiatras y jueces, resulta necesario señalar una serie de conclusiones para la mejora del tratamiento de estos supuestos.

1º. Es fundamental tener conocimiento de la situación psicopatológica de cada menor de edad desde el inicio del procedimiento penal, para individualizar todas las intervenciones que se realicen con el mismo, y atender específicamente a sus necesidades a lo largo de todas las fases del procedimiento.

2º. Resulta necesario adquirir un profundo conocimiento de los elementos configuradores del trastorno que intervino en la comisión del ilícito penal, a fin de diseñar mejores programas individualizados de intervención y tratamiento, adecuados a su realidad psicosocial y a las especiales características concurrentes.

3º. Sería conveniente configurar y estructurar nuestros procedimientos penales y las actuaciones que realizamos en los mismos desde el conocimiento de la influencia de la impulsividad en las conductas objeto de los mismos. Es necesario desarrollar una sensibilidad especial para el tratamiento de dichas conductas, que cada vez son más frecuentes; sensibilidad que provendrá del conocimiento de las características y consecuencias de dicha impulsividad.

4º. Conforme a las exigencias de los tratados y convenciones internacionales, todos aquellos que trabajan y tienen relación con menores de edad, deben tener específica formación para la correcta aplicación del principio del interés superior del menor y el derecho de éste a ser oído y escuchado en todos los procedimientos e intervenciones que le afecten.

5º. Es especialmente importante profundizar en ámbitos de formación mutua y encuentro con psiquiatras, psicólogos, jueces, fiscales y abogados que traten e intervengan con menores de edad que desarrollen conductas impulsivas. Desde esa mutua formación y conocimiento, el tratamiento que se realice sobre los mismos será más eficaz e integral.

6º. Es necesario continuar profundizando en la presencia de especialistas en todos los ámbitos de intervención con menores de edad, y específicamente con aquellos que desarrollen conductas impulsivas.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

7º. Constatada el número e importancia de las conductas impulsivas en los menores de edad, las administraciones públicas competentes deben crear y dotar de los recursos necesarios para una mejor y más adecuada intervención y tratamiento de los mismos.

8º. Es necesario implementar las medidas educativas necesarias y los recursos correspondientes para la ejecución de las medidas más adecuadas a las circunstancias personales del menor de edad infractor.

9º. La preferencia para la intervención y tratamiento de los menores de edad infractores serán las medidas de medio abierto con los contenidos que se marquen desde un análisis psicológico y psiquiátrico de los mismos.

10º. Se presenta como necesario y fundamental contar con estudios técnico-jurídicos y de especialistas psiquiátricos y psicológicos para mejorar el conocimiento de esta realidad, el estudio y el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Andreu Rodríguez, José Manuel; Peña Fernández, María Elena; Penado Abilleira, María. «Impulsividad cognitiva, conductual y no planificadora en adolescentes agresivos reactivos, proactivos y mixtos». *Anales de psicología*, 2013, v. 29, n. 3, pp. 734–740.

Conducta impulsiva delictiva en la juventud. En: Sisenos jornades catalanes d'actualització en medicina forense: Barcelona, 22, 23 i 24 de novembre de 2001 / organitzades per: Generalitat de Catalunya, Associació Catalana de Metges Forenses. -- Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia, 2004. -- p. 389-394

Fernández Serrano, María José; Perales López, José César; Moreno López, Laura; Santos Ruiz, Ana María; Pérez García, Miguel; Verdejo García, Antonio. «Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína». *Adicciones*, 2012, v. 24, n. 2, pp. 105–114.

Forcada Chapa, Rafael: *“Prevalencia de trastornos mentales en menores internados por comportamientos ilegales”*. II Conferencia Internacional OIJJ: La Justicia Juvenil en Europa: Un marco para la integración. 24-25 octubre 2006. www.ijjo.org

García Faílde, Juan José: Trastornos del control de impulsos. En: Estudios en homenaje al profesor Martínez Valls, 2000, v. 2, pp. 875–887.

García Nieto, Rebeca; Gómez Terrados, José A.; Cantero Fernández, Begoña. «Tratamientos psicológicos de la impulsividad: una reflexión». *Informaciones psiquiátricas*, 2006, n. 186, pp. 407–418.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

García Nieto, Rebeca. Tratamientos psicológicos de la impulsividad: una reflexión = Psychological treatments of impulsiveness: a reflection. En: *Informaciones Psiquiátricas*. -- N. 186 - 4º trimestre 2006 -- p. [407]-417

Morales Vives, Fàbia. El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes, 2008. <http://hdl.handle.net/10803/8962>

Sánchez Sarmiento, Paola; Giraldo Huertas, Juan José; Quiroz Padilla, María Fernanda. "Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo". *Avances en psicología latinoamericana*, 2013, v. 31, n. 1, pp. 241–251.

Santibáñez Gruber, Rosa. "El mito de la impulsividad de delincuente". *Anuario de psicología jurídica*, 1994, n. 4, pp. 111–124.

Squillace, Mario; Jimena Picón, Janeiro; Schmidt, Vanina: "*El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad*". *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. Nº 1, 2011, 8-18.

Conclusiones

DELIMITACIONES CONCEPTUALES PSIQUIÁTRICAS Y FORENSES

-La impulsividad no es necesariamente patológica, forma parte de nuestra naturaleza como un rasgo de nuestra personalidad normal y puede encontrarse más o menos acentuado. Es conveniente recordar que la sociedad actual potencia y hasta premia la impulsividad.

Además de esta expresión de la impulsividad normal, existe una patología psiquiátrica vinculada a ella. El interés que para la Psiquiatría tiene la impulsividad viene derivado de su vinculación con la agresividad, la violencia, posibles actos descontrolados y los consumos de alcohol o sustancias psicoactivas.

-Existen diferencias reseñables entre impulso e impulsividad:

a) El impulso viene definido por su naturaleza interna, vivenciada como una tendencia interior con las siguientes características: irresistible, incoercible, repentino, no premeditado, irreflexivo y de consecuencias impredecibles.

b) La impulsividad es la predisposición hacia reacciones rápidas y sin planificación frente a estímulos internos o externos, con una disminuida percepción de las posibles consecuencias negativas que puedan afectar al sujeto y/o a los demás. Se trata pues de un complejo constructo vinculado con procesos emocionales, cognitivos y comportamentales que pudiera alterar, de manera significativa, la toma de decisiones.

-En lo referente a los sustratos neuroanatómicos y funcionales de la impulsividad, debemos destacar lo siguiente:

a) Investigaciones recientes ha puesto de manifiesto disfunciones en diferentes áreas cerebrales que se relacionan con la preparación de la acción, la ejecución de la misma y la evaluación de las consecuencias.

b) Son dos los circuitos cerebrales que funcionando conjuntamente están implicados en la impulsividad: el circuito sostenido sobre el sistema de la amígdala (gestión de emociones) y un sistema prefrontal inhibitor de conductas.

c) El déficit serotoninérgico es la alteración neurobiológica mas destacada. Junto a lo anterior, también se ha descrito la activación de la transmisión dopaminérgica.

d) Es importante reseñar que lo que hasta el momento se conoce sobre la neuroanatomía funcional es claramente inespecífico. Hoy por hoy, no es posible sostener que en base a determinadas anomalías detectadas, puedan explicarse o justificarse conductas que se manifiestan en un momento

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

determinado y, mucho menos, determinar la responsabilidad sobre esos comportamientos o acciones del sujeto.

-Desde el punto de vista de la impulsividad como rasgo y elemento constituyente de los trastornos de personalidad, podemos concluir que cuando la impulsividad es un rasgo dimensional importante de la personalidad, esta se manifiesta como un fenómeno estable y de difícil modificación. Esto sucede en los trastornos de la personalidad estructurados sobre la impulsividad: el límite y el antisocial.

-Cuando la impulsividad no es parte de la forma de ser del sujeto, sino que este la experimenta puntualmente traduciéndose en un “paso al acto”, no es ya una tendencia a la respuesta impulsiva, es un síntoma (impulsividad estado) que se expresa en forma de actos impulsivos. Sobre estos síntomas se constituyen los denominados “Trastornos del control de impulsos”, cuya base fenomenológica es la presencia de impulsos irresistibles para la ejecución de un acto sin capacidad para la reflexión previa. Los pacientes experimentan un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo un acto que es considerado como gratificante y al mismo tiempo dañino para él o para otros. El sujeto puede (o no) resistir conscientemente al impulso y puede (o no) planificar la acción.

-Los principales trastornos del control de impulsos específicos en el adulto son: el juego patológico, la piromanía, la cleptomanía y el trastorno explosivo intermitente.

-En la actualidad se estudian otros cuadros que podrían llegar a ser nuevas categorías diagnósticas de trastornos de control de impulsos. Entre ellos destacan: la adicción a internet, el trastorno por conducta sexual compulsiva y las compras compulsivas.

-Los impulsos y la impulsividad están también presentes en otros trastornos mentales como son: los trastornos afectivos (manía o depresión), los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos psicóticos, los trastornos adictivos a sustancias o en las adicciones comportamentales, las parafilias y en determinados trastornos mentales de base orgánica (demencias, enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales).

-Partiendo del amplio espectro de trastornos mentales vinculados con la alteración de la impulsividad, resulta conveniente precisar las limitaciones que las diferentes nosologías y su clasificación de enfermedades presentan en el ámbito de la medicina legal y forense. Estas limitaciones hacen referencia a:

a) Que su principal finalidad es eminentemente clínica y no están elaboradas para necesidades por fuera de la medicina, como podría ser su uso en el entorno jurídico.

b) Sólo deben ser empleadas por personas con formación específica en psiquiatría.

c) Un diagnóstico clínico no supone necesariamente que el sujeto cumpla los requisitos legales para considerar que exista un trastorno mental.

d) Un diagnóstico no informa sobre el grado de control que un sujeto con un determinado trastorno tiene sobre las conductas asociadas a dicho trastorno.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-Resulta evidente la necesidad de profundizar en un mayor esclarecimiento de las bases neurobiológicas de la impulsividad y sus trastornos, orientándolo siempre hacia una mejor comprensión de los enfermos en la búsqueda de tratamientos mas eficaces. Hasta que el nivel de conocimientos neurobiológicos no lo permitan, debemos seguir basándonos en las peritaciones clínicas centradas en el estudio psicopatológico del paciente para determinar el grado de afectación de las funciones psíquicas (particularmente la voluntad) por la impulsividad. En este sentido debemos recalcar que:

a) Todas las alteraciones de las funciones psíquicas sobre las que se sustenta la voluntad provocan una limitación o anulación de la misma.

b) En los trastornos del control de los impulsos, la voluntad está deteriorada, ya que está perturbada la capacidad para dirigir y evaluar los riesgos y sus consecuencias.

c) Todos aquellos sujetos con alteración de la impulsividad o alguno de los trastornos relacionados, tienen en alguna medida alterada su capacidad para tomar decisiones.

d) La acción de decidir requiere la integridad de las funciones cognitivas y ejecutivas, así como la presencia de un equilibrio emocional que no distorsione las citadas funciones. La naturaleza misma de una impulsividad elevada tiene como resultado que se pierda la ecuanimidad en el acto de decidir.

e) En todos los trastornos mentales con impulsividad alta, la voluntad puede considerarse que está mal dirigida y mermada.

f) Si un sujeto carece de capacidad para tomar decisiones de manera racional y voluntaria, su responsabilidad legal estará modificada.

g) En los trastornos del control de impulsos, el deterioro de la voluntad no es completo, moviéndose en un amplio rango que oscila entre leve y extremo. Además, debe valorarse siempre el caso concreto en su particular contexto y con sus singulares circunstancias.

-La aproximación a los Trastornos del control de los impulsos, desde la óptica forense, tiene su relevancia en los fundamentos psíquicos y biológicos sobre los que asienta el concepto de imputabilidad en el ámbito penal y la protección de las personas con discapacidad en el ámbito civil.

-Es importante señalar, una vez más, que la sola existencia de diagnóstico de trastorno mental no es suficiente desde el punto de vista forense si no va acompañado de la anormalidad funcional en el momento de la comisión de los hechos.

-Las características intrínsecas y constitutivas de estos trastornos que los hacen susceptibles de interpretación y actuación forense son: impulsividad, irresistibilidad, ausencia de motivo y la no afectación de la conciencia, del pensamiento o de la sensopercepción. Esto implica que en estos trastornos no se produce una ruptura con la realidad, por lo que el análisis de la trascendencia forense tiene cierta dificultad.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-Desde el ámbito penal, en cuanto a la consideración de la aplicación de eximentes o atenuantes en la comisión de delitos cometidos por sujetos afectados de Trastornos del control de los impulsos, se ha de analizar con sumo cuidado el estado concreto de las funciones mentales esenciales en el momento de la comisión del hecho y de cómo se pudieron ver afectadas estas funcionalidades (cognitivas y volitivas) por el Trastorno del control de los impulsos. En estos trastornos las funcionalidades que deciden la responsabilidad y libertad de acción no se encuentran afectadas; por ello, sólo quedaría por analizar la influencia que haya podido tener sobre la decisión y la ejecución (secuencia volitiva). Se comprobará si hubiere existido una disminución de la sensibilidad a las consecuencias negativas de la conducta y una falta de preocupación por las consecuencias a largo plazo provocadas por la impulsividad. Si así fuera, podría existir un vicio en la libertad de acción.

-En el ámbito civil y teniendo en cuenta la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con discapacidad sería el juego patológico el que podría plantear la posibilidad de una incapacitación parcial aunque sólo a los efectos económicos, para de esa forma preservar los derechos de la persona.

-El capítulo Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta es de nueva creación en el DSM-5 ¿Puede decirse algo relevante acerca de la impulsividad en los pacientes antisociales? La impulsividad ha sido un rasgo a menudo subrayado en la descripción de este tipo de sujetos. Todas las descripciones clásicas señalan la impulsividad como un aspecto del funcionamiento de este grupo, aún heterogéneo en su concepción inicial, a menudo relacionando este hecho con las conductas violentas.

-Un aspecto añadido, en el que puede verse implicado el psiquiatra clínico y, con toda seguridad, el psiquiatra forense, tiene que ver con la criminalidad ligada a la presencia de una personalidad antisocial. El psiquiatra puede verse en la necesidad de evaluar al sujeto en este marco.

-Es necesario comprender el hiato existente entre ciencias biomédicas y la ley, en cuanto a lenguaje, objetivos y metodología. Los peritos deben actuar como “correa de transmisión” en la aplicación prudente de los principios y conocimientos científicos a la hora de responder a los requerimientos de la autoridad judicial

-El término psicopatía es uno de los términos que más confusión y controversia ha generado en lo que concierne al espectro antisocial, entendido este como conducta antisocial o como rasgo de personalidad, resulta históricamente un término confuso, hecho que se acentúa aún más con la aparición de términos emparentados, a menudo tratados como sinónimos, como sociopatía, trastorno antisocial o trastorno disocial.

-La personalidad actualmente se concibe como un patrón complejo de características profundamente arraigadas, que son, en su mayoría, inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo.

-La tarea del Grupo de Trabajo de Trastornos de la Personalidad del DSM-5, consciente de las deficiencias del sistema de clasificación, consistió en tratar de dar respuesta a las críticas continuas al modelo categorial vigente, y presentar una propuesta conciliadora que reflejara la necesidad de incorporar el sistema dimensional en la clasificación de los trastornos.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-En lo que se refiere al Trastorno antisocial de la personalidad, el DSM-5 refleja los siguientes aspectos: la supresión del sistema Multiaxial, existe la posibilidad de realizar un diagnóstico tanto categorial como dimensional al describirse este trastorno tanto en la Sección II como en la Sección III, de nueva creación, y la posibilidad de codificarlo en grupo de nueva creación denominado Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Justo este hecho es lo que justifica que en estas jornadas los hayamos aunado para su discusión.

-El constructo psicopatía parece representar, desde el punto de vista clínico, un subgrupo más grave y específico del trastorno antisocial, tal y como éste se considera en las clasificaciones internacionales de esta forma parecería más correcto hablar del espectro de los trastornos antisociales o de las psicopatías

ASPECTOS JURÍDICOS PRÁCTICOS.

-Para el Derecho la culpabilidad es concebida desde la perspectiva de la reprochabilidad, lo cual implica que se centra la atención en el autor y las circunstancias concretas en las que ejecutó el hecho imputado. Lo anterior supone aceptar que cualquier sujeto es capaz de elegir entre varias opciones a la hora de actuar y si la escogida resulta contraria a la norma, podrá serle reprochado el haberlo hecho de esa manera. En definitiva, cuando hablamos de reprochabilidad, se acepta que el sujeto pudo actuar conforme a la norma y no lo hizo.

-La desaparición o disminución de la posibilidad de reprochar al sujeto su conducta, se puede producir en los siguientes casos:

a) Los referidos a la capacidad de valorar correctamente la adecuación a Derecho de su conducta (imputabilidad), que es donde deben ser incluidos los trastornos del control de los impulsos.

b) Cuando aún siendo capaz de valorar adecuadamente, lo hace de manera errónea y cree que su conducta se ajusta a Derecho.

c) Los casos en que resulta imposible exigir al sujeto otra conducta diferente a la desarrollada.

-Es importante precisar que el Código Penal vigente (artículo 20.1) dispone que están exentos de responsabilidad criminal, 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. En consecuencia se mantiene un sistema mixto que incluye dos aspectos a considerar:

a) La necesidad de un diagnóstico médico que implique la existencia de una anomalía o una alteración psíquica.

b) Que el padecimiento que sufre el sujeto afecte de forma apreciable a su capacidad para comprender que su conducta es ilícita y para ajustar sus actuaciones a esa comprensión.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-Puede concluirse que para la exención de responsabilidad criminal, no es suficiente el simple diagnóstico de una anomalía o alteración mental, sino que es necesario establecer en qué medida ha afectado al sujeto en relación al hecho imputado, ya sea en el nivel de su comprensión o en el de comportarse de acuerdo a ella.

-Una de las principales consecuencias del enfoque empleado por el Código Penal es que en la actualidad la referencia a cualquier anomalía o alteración psíquica produce una considerable apertura en el establecimiento de la imputabilidad, pudiendo ser disminuida o eliminada.

-En el Derecho Penal interesa más que el diagnóstico nosológico de que se trate el efecto psicológico que ello puede provocar en el sujeto, en orden a comprender el mandato de la norma, ser motivado por ella y poder acomodar su conducta a dicho entendimiento

-En relación a los Trastornos de la personalidad, el Tribunal Supremo comenzó considerándolas irrelevantes a efectos de exención o de atenuación de responsabilidad penal, salvo que fueran unidas y potenciadas con otra enfermedad mental concurrente. Después, se inició una corriente que llegó a asimilarlas a una enfermedad mental, aunque valorándola a lo sumo como atenuante analógica, doctrina que hubo de evolucionar, naturalmente, ante la fórmula actual de "*anomalía o alteración psíquica*" empleada por el Código Penal. Por ello el debate se habrá de trasladar al efecto subjetivo que el concreto trastorno provoque en relación con los específicos hechos enjuiciados.

-Y aunque la capacidad de entender permanezca incólume, la ausencia del segundo pilar de la voluntad sobre el que se construye la culpabilidad debiera tener inmediatas consecuencias en el ámbito jurídico penal, lo que sin embargo no siempre ha sido así.

-La sentencia del Tribunal Supremo de 28 de septiembre de 2005 ya recordaba que "*en el sistema del Código Penal vigente, el artículo 20.1ª, y en relación con él el 21.1ª y el 21.6ª, exigen no sólo la existencia de un diagnóstico que aprecie una anomalía o alteración psíquica como elemento biopatológico, sino que a él debe añadirse la comprobación de que tal déficit impide al sujeto, o le dificulta en mayor o menor medida, la comprensión de la ilicitud de la conducta o bien la actuación conforme a esa comprensión*";

-Los trastornos que venimos analizando cursan con déficits en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Su singularidad radica, precisamente, en que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás. Cabría pensar que tienen una alta presencia en conductas penalmente relevantes y que son una constante de significativa incidencia estadística en nuestros procesos sancionadores, pero como venimos diciendo, la realidad demuestra que no ocurre exactamente así, antes al contrario, son escasas las referencias a tales trastornos en nuestras resoluciones judiciales

-El trastorno negativista desafiante, el explosivo intermitente y la piromanía rara vez se estima en el orden penal que puedan limitar de forma significativa la capacidad de culpabilidad. Por el contrario, la cleptomanía, el juego patológico e incluso las compras compulsivas tienen mayor predicamento como patologías que deben ser analizadas en sede penal.

-El juego patológico tienen mejor acomodo entre los trastornos adictivos, como propone el DSM-5, por su cercanía a dichas patologías aunque no medie sustancia alguna.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-Cualquier trastorno del control de los impulsos entraña, por definición, la peligrosidad de quien lo padece, entendida como probabilidad de repetición de su comportamiento ilícito ante la presencia de impulsos o estímulos similares a los que ya dejaron en evidencia su déficit de autocontrol.

-El tratamiento, siempre voluntario, será el único medio de acreditar la reconducción de esa peligrosidad a límites razonables o asumibles, lo que le otorga especial significado en beneficios penales o penitenciarios como la suspensión de la ejecución de las penas de prisión, los permisos penitenciarios, la progresión de grado o la libertad condicional.

-Es muy importante resaltar el significativo aumento producido en el número de diagnósticos. Como prueba de este incremento puede recordarse que mientras en la primera edición del DSM se recogían 106 trastornos mentales, en la edición actual, DSM-5, aparecen descritos un total de 216 diagnósticos diferentes.

-En el caso concreto de los trastornos del control de los impulsos tales como: trastorno explosivo, cleptomanía, juego patológico, piromanía, tricotilomanía y otros, la jurisprudencia de la Sala Penal del Tribunal Supremo los cataloga como trastornos de la personalidad, pudiendo ser considerados dentro del ámbito del artículo 20.1 del Código Penal.

-En lo referente a la valoración de los trastornos del control de los impulsos como atenuantes o eximentes de culpabilidad, se han establecido dos apreciaciones básicas:

a) En general carecen de efecto atenuatorio, excepto en los casos graves asociados habitualmente a otro trastorno relevante y que estén relacionados con el hecho cometido.

b) Siempre es necesaria la consideración y examen detallado del caso concreto, particularmente en lo que tiene que ver con su relación con el hecho cometido.

-La doctrina jurisprudencial ha establecido con absoluta claridad que la influencia que los trastornos de la personalidad tienen sobre la imputabilidad no sigue una regla general.

-La jurisprudencia no otorga importancia a la denominación concreta del trastorno diagnosticado, sino a los siguientes aspectos:

a) La gravedad de ese trastorno concreto.

b) La comorbilidad con otras patologías y la relación entre ellas.

c) La vinculación que el trastorno o trastornos diagnosticados, guarden con el hecho cometido por el sujeto.

-Como se recoge en diferentes sentencias del Tribunal Supremo, siempre que el trastorno sea grave y guarde relación con el hecho imputado, solamente se ha apreciado una disminución de la capacidad de culpabilidad como atenuante por analogía. La catalogación de eximente incompleta, es un hecho excepcional.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-En todo caso es necesario remarcar que resulta imprescindible proceder en base a los siguientes preceptos:

- a) Examen del caso concreto.
- b) Valoración del trastorno.
- c) Posible asociación del trastorno con otras patologías relevantes.
- d) Establecimiento de la relación que pueda existir entre el trastorno y el hecho imputado en cada caso concreto.

-Las conductas disruptivas de los menores de edad son comportamientos que en muchas ocasiones entran ya en el ámbito de la responsabilidad penal. Al incremento de la frecuencia de actos clásicos en dichas edades tales como: los delitos contra el patrimonio o contra la libertad sexual, tenemos que sumarle los de nueva aparición: violencia filio-parental, violencia escolar o violencia grupal. Todo esto junto al progresivo descenso de la edad de inicio en el consumo de drogas, con la lógica aparición de problemas conductuales asociados, plantean hoy día que la ley debe dar una respuesta acorde con el problema y, también, con la edad del infractor.

-Es fundamental tener conocimiento de la situación psicopatológica de cada menor de edad desde el inicio del procedimiento penal, para individualizar todas las intervenciones que se realicen con el mismo, y atender específicamente a sus necesidades a lo largo de todas las fases del procedimiento.

-Sería conveniente configurar y estructurar nuestros procedimientos penales y las actuaciones que realizamos en los mismos desde el conocimiento de la influencia de la impulsividad en las conductas objeto de los mismos. Es necesario desarrollar una sensibilidad especial para el tratamiento de dichas conductas, que cada vez son más frecuentes; sensibilidad que provendrá del conocimiento de las características y consecuencias de dicha impulsividad.

-Se presenta como prioritario y fundamental contar con estudios técnico-jurídicos y de especialistas psiquiátricos y psicológicos para mejorar el conocimiento de esta realidad, el estudio y el tratamiento, teniendo en cuenta y ponderándose los siguientes elementos: La identidad, cuidado, protección y seguridad del niño, sus derechos a la salud y educación y la preservación del entorno familiar y mantenimiento de las relaciones.

-La fase de instrucción o de investigación corresponde en este procedimiento al Ministerio Fiscal.

-Durante la fase de instrucción tiene una especial relevancia la intervención del Equipo Técnico, compuestos por un psicólogo, un educador y un trabajador social.

-Los principios fundamentales que caracterizan el tratamiento penal de cualquier hecho cometido por menores son: el interés superior del menor, el principio de reeducación, la flexibilidad, el establecimiento de diferentes tramos de edad a efectos procesales y sancionadores, el derecho de las víctimas a personarse y ser parte en los procedimientos de menores y la posibilidad de que se determine una responsabilidad civil que se presume solidaria.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS

-Las medidas que podrán ser impuestas, que son fundamentales para los casos de menores con conductas impulsivas serán las siguientes: internamiento en régimen cerrado, en régimen semiabierto o abierto. Internamiento terapéutico en régimen cerrado, tratamiento ambulatorio, asistencia a un centro de día y libertad vigilada o permanencia de fin de semana.