Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

© Del prólogo: el autor

© Del prefacio: el autor

© De la introducción: el autor

© De la obra: los autores

© Del epílogo: los autores

© De la edición:
Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Arturo Soria 311, 1.º B
28033, Madrid (España)
Tel.: 913 834 145
fepsm@fepsm.org
www.fepsm.org

ISBN: 978-84-09-13038-2
Depósito Legal: M. 24.663-2019

Impresión: Aries Grupo de Comunicación

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin la autorización escrita del editor, bajo las sanciones establecidas en las leyes.

DIRECTORES

Miguel Colmenero Menéndez de Luarca
Magistrado del Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Madrid

José Giner Ubago
Catedrático de Psiquiatría. Sevilla

Julio Antonio Guija Villa
Jefe del Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Sevilla. Departamento de Psiquiatría Universidad de Sevilla

José Manuel López y García de la Serrana
Magistrado del Tribunal Supremo. Sala de lo Social. Madrid

Antonio Medina León
Catedrático de Psiquiatría. Córdoba

Francisco Monterde Ferrer
Magistrado del Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Madrid

José Antonio Seijas Quintana
Magistrado del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Madrid

AUTORES

José Arsuaga Cortázar
Magistrado. Presidente de la Audiencia Provincial de Cantabria. Santander

José Luis Carrasco Perera
Catedrático-Jefe de Sección de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid

Juan Manuel Fernández Martínez
Magistrado. Audiencia Provincial de Navarra. Vocal del CGPJ. Presidente del Foro Justicia y Discapacidad del CGPJ. Pamplona

Carlos Eloy Ferreirós Marcos
Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante

María Dolores Franco Fernández
Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena

Carlos Ganzenmüller Roig
Fiscal. Fiscalía del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Madrid

Lucas Giner Jiménez
Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

Julio Antonio Guija Villa
Jefe del Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Sevilla. Departamento de Psiquiatría Universidad de Sevilla

Elena Ibáñez Guerra
Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia

Celso Iglesias García
Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Valle del Nalón, Langreo. Asturias

María José Jaén Moreno
Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).
Profesora Interina de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Jorge Jiménez Martín
Magistrado. Director de la Escuela Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Barcelona

Nuria López-Mora González
Fiscal. Fiscalía Provincial de Madrid

Rafael Lillo Roldán
Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

Carlos Luis Lledó González
Magistrado. Audiencia Provincial de Sevilla

Iñaki Madariaga Zamalloa
Director de la Unidad de Psiquiatría Legal en el Hospital Aita Menni. Arrasate-Mondragón. Guipúzcoa

José María Magaña Calle
Magistrado. Audiencia Provincial de Córdoba

María Dolores Mojarro Práxedes
Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

María José Moreno Díaz
Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba

María Núñez Bolaños
Magistrada. Juzgado de Instrucción nº 6. Sevilla

Inmaculada Palau Benlloch
Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante

Josep Pifarré Paredero
Director de los Servicios de Salud Mental de GSS-Hospital Universitario de Santa María. Director de Salud Mental de Sant Joan de Déu Terres de Lleida

Fernando Santos Urbaneja
Fiscal. Fiscalía Provincial de Córdoba

María Luisa Segoviano Astaburuaga
Magistrada del Tribunal Supremo. Sala de lo Social. Madrid

SUMARIO

Prólogo 27

Prefacio 29

Introducción 31

A. CONCEPTOS BÁSICOS 35

1. ¿Es lo mismo maldad que enfermedad mental desde el punto de vista psicológico-psiquiátrico? 35
2. ¿Qué métodos se utilizan para el diagnóstico de los trastornos mentales? 37
3. ¿Es factible la medición de las alteraciones psicopatológicas? 38
4. ¿Se utilizan los test para diagnosticar trastornos mentales? 41
5. ¿Qué son el CIE-10 y el DSM-5? 43
6. Los trastornos incluidos en dichas clasificaciones, ¿se corresponden con el concepto del modelo médico tradicional de «enfermedad»? 45
7. ¿Cuál es la competencia del neurólogo, psiquiatra y psicólogo clínico? Referencia particular a los aspectos de diagnóstico y tratamiento 47
8. Una persona con trastorno mental, ¿se cura? 49
9. ¿Se sigue utilizando el término «psicosis»? ¿Cómo se denomina en la actualidad? 51
10. Una persona con esquizofrenia, ¿es un psicótico? ¿Qué diferencias existen entre un psicópata y un psicótico? 53
11. ¿Qué son los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia? . 54
12. ¿Cuáles son las diferentes fases de la evolución de un paciente con esquizofrenia? Si es un proceso crónico, ¿cuáles son las alteraciones más persistentes? 57

13. ¿Qué diferencias hay entre un «paranoide», una «personalidad paranoide» y un «paranoico» 58
14. ¿Cuáles son las características de un trastorno afectivo?..... 60
15. ¿Qué es una neurosis? ¿Existen en la actualidad? 61
16. ¿Qué es una demencia tipo alzhéimer? ¿Existen otros tipos de demencias?..... 63
17. ¿Qué es una reacción vivencial anormal?..... 65
18. ¿Existe la categoría diagnóstica de trastorno del control de los impulsos? 66
19. Desde la perspectiva médica, ¿qué diferencias existen entre una persona con cleptomanía y otra que roba sin padecer el citado trastorno?..... 68
20. ¿Son sinónimos pedofilia y parafilia?..... 69
21. ¿Existe conexión científica entre el consumo de tóxicos y la irrupción de enfermedad mental? ¿Son más frecuentes los trastornos psicóticos vinculados al uso de cannabis? 70
22. ¿Qué es la patología dual? 72
23. ¿Se ha constatado en el ámbito de la psiquiatría forense una mayor nocividad en los últimos años de los derivados de cannabis? 74
24. ¿Qué diferencia existe entre rasgo de personalidad y trastorno de personalidad? 78
25. ¿Qué diferencias existen entre el trastorno límite de personalidad y el trastorno disocial? 78
26. Algunos tipos de trastornos como el trastorno de personalidad, el trastorno antisocial (psicopatía), la dependencia a ciertas sustancias, ciertos trastornos en la esfera sexual (parafilias) o el trastorno delirante, ¿son enfermedades mentales?..... 79
27. ¿Qué elementos o circunstancias serían necesarios tener en cuenta para emitir un informe pericial? ¿Qué problemas presenta –desde el punto de vista médico– una pericial que se base exclusivamente en otro informe médico?..... 80
28. ¿Los criterios diagnósticos contenidos en una historia clínica pueden tener elementos suficientes –por sí solos– para realizar una valoración legal de ese sujeto?..... 82
29. Desde el punto de vista médico-pericial, ¿se consideraría necesaria una información jurídica previa del sentido del informe pericial que se va a practicar y de su relevancia en el procedimiento?..... 83

30. ¿Qué es la prueba pericial psicológica? ¿Cuándo resulta necesaria y pertinente? ¿Qué se podrá acreditar a través de ella? ¿Existe un cierto grado de confusión entre las ciencias de la psiquiatría y la psicología en el ámbito judicial forense? ¿Sería conveniente una actuación interdisciplinar, al menos en ciertos casos? 84
31. ¿Puede darse en un informe psiquiátrico un pronóstico de conducta de la persona examinada?..... 87
32. ¿Qué pautas deben seguirse en una exploración judicial para abordar el enfermo psíquico? ¿Qué debemos hacer en el curso de una entrevista con un enfermo mental si éste adopta una actitud agresiva, ofensiva o altamente suspicaz? ¿Qué preguntas deben ser realizadas y cuáles evitadas? 88
33. Pese al carácter jurisdiccional de la ejecución de las penas a través de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, ¿existe la sensación de ausencia de comunicación fluida entre los psiquiatras que trabajan en el ámbito penitenciario y los magistrados/as? Si esto fuera así, ¿sería conveniente, con una dotación de medios y personal adecuado, una mayor intervención de las Clínicas forenses?..... 89
34. ¿Estiman necesaria, imprescindible, la existencia de al menos un forense especialista en psiquiatría en las clínicas forenses de la Administración de Justicia?..... 91
35. ¿Qué actuaciones serían oportunas para evitar la estigmatización social del enfermo psíquico?..... 92

B. DERECHO CIVIL **97**

B.1. INTERNAMIENTO **97**

1. ¿Existen criterios médicos para indicar el ingreso involuntario urgente? ¿La existencia de cualquier trastorno mental es susceptible de requerir el ingreso en una unidad de hospitalización breve?..... 97
2. ¿Qué debemos entender, desde el punto de vista científico, por el trastorno psíquico a que se refiere el art. 763 LEC para autorizar un internamiento psiquiátrico?..... 100
3. Desde el punto de vista médico, ¿cuándo se estima que el paciente carece de las habilidades necesarias para consentir el tratamiento? ¿Existen situaciones intermedias? ¿La conformi-

dad con las indicaciones del médico se utiliza, en ocasiones, como criterio para medir la capacidad de decisión?..... 103
4. En el caso de una enfermedad neurológica degenerativa, ¿puede hablarse de un trastorno psíquico a los efectos de autorizar el internamiento del paciente?¿Sería un internamiento psiquiátrico o residencial?..... 105
5. En relación al trastorno mental, ¿qué tipos de dispositivos para tratamiento en régimen de internamiento existen en la actualidad?..... 106
6. ¿Qué objetivos tratan de lograrse con cada tipo de ingreso? 109
7. ¿Cómo se organiza la atención médica urgente en un centro hospitalario? 110
8. ¿Cuáles son las fórmulas de coordinación entre el box de urgencias y la unidad de agudos? 112
9. ¿Qué problemas presenta, en la actualidad, el transporte sanitario en salud mental?..... 115
10. ¿Es adecuado coordinar y protocolizar la actuación de todos los profesionales que intervienen en la detección y transporte sanitario urgente? ¿Se ha establecido un protocolo modelo? Desde el punto de vista territorial, ¿qué protocolos se han revelado más eficaces? 117
11. ¿Es necesaria la especialización de los médicos forenses o la introducción del dictamen del médico psiquiatra en los informes sobre autorización y prórroga del ingreso involuntario?..... 120
12. ¿Qué papel debe desarrollar Sanidad en el internamiento de los pacientes crónicos? ¿Qué medidas sanitarias pueden adoptarse para reducir su número y aumentar su calidad de vida?..... 121

B.2. TRATAMIENTO MÉDICO 124

13. ¿Cuáles son las principales formas de tratamiento de los trastornos mentales? 124
14. ¿Qué criterios (o escalas) emplean los facultativos para medir la «capacidad de decisión» a que se refiere el art. 9 de la Ley 41/2002 (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)?..... 125
15. ¿Qué es la «alianza terapéutica»? ¿Qué dificultades plantea cuando se desarrolla en un contexto de involuntariedad? 128

16. ¿Cómo se organizan los servicios sanitarios de atención a los trastornos mentales en los niveles primario, secundario y terciario? 129
17. ¿Pueden diferenciarse netamente los aspectos sanitarios y de acción social en la atención a los pacientes? ¿Existe un contexto sociosanitario? 130
18. ¿Qué estándares éticos rigen la atención del paciente «involuntario»? 130
19. El art. 11 de la Ley 41/2002 establece el derecho del paciente a emitir «instrucciones previas», ¿qué particularidades presenta esta figura en la asistencia psiquiátrica? ¿Qué criterios generales se siguen para estimar que dichas voluntades anticipadas son contrarias a la *lex artis*? 131
20. ¿Qué son la interconsulta y la psiquiatría de enlace y cuáles son las cuestiones más frecuentes que se plantean? 132
21. ¿Cuáles son los principales efectos adversos que presenta la ingesta prolongada de medicación? 134
22. ¿Qué efectos adversos puede presentar la psicoterapia? 135
23. ¿Cuáles son, actualmente, las indicaciones de la terapia electroconvulsiva (TEC) y por qué tiene tan mala fama? 137
24. La magnetoterapia, es decir la utilización de pulsos electromagnéticos en el cerebro, en tratamientos contra la ansiedad y depresión, ¿está indicada? ¿Tiene efectos adversos? 140
25. ¿Existen tratamientos eficaces en patología dual? 141
26. ¿Qué son tratamientos *depot*? ¿Es sinónimo de tratamiento de acción prolongada? ¿Son eficaces? ¿Mejoran la adherencia terapéutica? 143
27. ¿Cuáles son las indicaciones para la contención física de un paciente? ¿Y la mecánica? ¿Cómo se llevan a efecto ambas? ¿Cuáles son las situaciones de mala praxis más frecuentes? ¿En qué casos procede el aislamiento del paciente? ¿Cómo debe llevarse a cabo? 145
28. ¿En qué casos es adecuada la psicocirugía? 147
29. ¿Puede ser adecuada la esterilización contraceptiva del paciente en algunos casos de trastorno mental? 148
30. ¿Qué problemas presentan los ensayos clínicos y la investigación biomédica en pacientes que carecen de capacidad de consentir? 149

31. ¿Qué tipo de recursos médicos asistenciales deberían potenciarse para el tratamiento de los trastornos psíquicos y para evitar el internamiento psiquiátrico recurrente? 151
32. ¿Pueden ser los hospitales de noche una buea respuesta terapéutica para garantizar la adherencia al tratamiento médico por parte del paciente con enfermedad o trastorno psíquico? 152
33. ¿Es cierto que en los trastornos de personalidad la medicación va destinada a tratar los síntomas comórbidos, como la ansiedad y la depresión, más que el propio trastorno? 153
34. Se aprecia un incremento en los últimos años del número de ingresos clínicos de menores con intentos autolíticos asociados a desesperanza, tedio vital, o a conductas disruptivas ¿Cuáles son sus factores determinantes? ¿Existe algún medio terapéutico para su abordaje integral? 154
35. Partiendo de que la adherencia al tratamiento es un condicionante de su éxito, ¿qué eficacia pueden tener las terapias impuestas judicialmente?..... 155
36. ¿Cuál es el papel de la enfermería psiquiátrica o salud mental en el tratamiento y evolución del paciente? 157

B.3. CAPACIDAD 159

37. ¿Qué criterios (o escalas) emplean los facultativos para medir la capacidad de autogobierno a que se refiere el artículo 200 del Código Civil? ¿Cuáles son los diagnósticos que con mayor frecuencia, suelen tener acceso a los procedimientos de modificación de la capacidad?..... 159
38. En especial, ¿qué criterios se siguen para medir las alteraciones en el curso del pensamiento o en los procesos de razonamiento? ¿En qué medida inciden los trastornos de la percepción sensorial?..... 161
39. Constituye la «voluntad» una categoría definida en psicopatología? ¿Se puede distinguir con nitidez de los procesos de comprensión y razonamiento? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué criterios se emplean para medirla?..... 162
40. La carencia de habilidades sociales básicas ¿está siempre relacionada con una alteración psicopatológica?..... 164
41. Los denominados «síntomas negativos» en la esquizofrenia, ¿pueden dar lugar a la pérdida de habilidades sociales básicas?.. 165

42. El denominado síndrome de Diógenes, ¿en qué medida afecta a las capacidades que denominamos intelectuales y volitivas?..... 165
43. Desde el punto de vista médico, ¿existe un tratamiento diferenciado para la atención del paciente en lo que derecho denomina «facultades intelectuales» y «facultades volitivas»?..... 166
44. ¿Puede tener una persona, por una alteración psicopatológica, exclusivamente afectada su competencia en una materia concreta y no las demás, por ejemplo en los delirios de referencia y litigación o en los afectados por ludopatía?..... 167
45. ¿Qué problemas plantea el dictamen psiquiátrico en el contexto de una declaración judicial de modificación de la capacidad? .. 168
46. ¿Qué criterios (o escalas) se emplean para medir la capacidad para emitir un testamento?..... 170
47. Ante una situación de depresión mayor recurrente, ¿cuáles son por lo común las aptitudes más afectadas? ¿Pueden perderse las facultades de autogobierno? 173
48. En el supuesto de un trastorno bipolar, ¿de qué manera actúan los cambios en el estado de ánimo en su autogobierno? ¿Pueden predominar unos episodios, maníacos o depresivos frente a otros? 174
49. La esquizofrenia, ¿es causa de modificación de la capacidad de la persona que la padece? 175
50. ¿En qué casos podemos plantearnos la modificación de la capacidad en una persona con trastorno por uso de sustancias? ¿Y en una persona con trastorno de la personalidad?..... 176
51. La presencia de una discapacidad derivada de una deficiencia intelectual o del desarrollo es alegada de forma reiterada en los procesos de modificación de la capacidad ¿Cuál es su clasificación fundamentalmente en función de la limitación de las aptitudes que permite una singularización de los apoyos que debe determinar el juez?..... 177
52. La etapa inicial del alzhéimer o de cualquier demencia, ¿tiene trascendencia para modificar la capacidad de una persona o hay que esperar a que se consolide la enfermedad? 179
53. El desarrollo previsible de una enfermedad mental ¿sería suficiente para tomar medidas en relación a la capacidad de la persona?..... 180

54. ¿Cuál es o debe ser el límite para privar a una persona del derecho de sufragio en un juicio sobre modificación de capacidad?.. 180
55. ¿Cómo deberían controlarse médicamente los «intervalos lúcidos» del artículo 665 del Código Civil para que una persona pueda otorgar válidamente testamento? 181

B.4. MENORES DE EDAD 183

56. ¿Es el psiquiatra el profesional adecuado para evaluar la «madurez» de un menor? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué criterios emplea?..... 183
57. Las clasificaciones nosológicas, ¿son similares a las de los adultos?..... 185
58. ¿Qué diferencias esenciales presenta la red de atención de psiquiatría infanto-juvenil?..... 187
59. ¿Qué papel deben desempeñar psiquiatras y psicólogos, como peritos, en los denominados juzgados de familia? 190
60. ¿Qué problemas principales presenta el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes? ¿Puede ser adecuado el tratamiento involuntario? 193
61. Con independencia del papel de los representantes legales, ¿qué criterios se emplean para determinar la competencia de una menor de edad para decidir sobre la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo? 196
62. ¿Los menores pueden presentar disforia de género? ¿Qué tratamientos deben dispensarse a las personas menores de edad que la presentan..... 199
63. El trastorno de conducta en el adolescente, ¿es sinónimo del «problema de conducta» al que alude el artículo 25.1 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia? El trastorno de conducta de estos menores, ¿tiene siempre un componente psicopatológico? ¿Debe el psiquiatra formar parte del equipo multidisciplinar en los centro de protección específicos? 202
64. La fuga del domicilio en los adolescentes, ¿puede tener un trasfondo psicopatológico?..... 206
65. ¿Qué factores diferenciales respecto a los adultos presenta el riesgo de suicidio en el adolescente? Indicen claves para su detección y prevención. 208

66. ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? ¿Qué consecuencias pueden derivarse en el trastorno por déficit de atención a largo plazo, de su diagnóstico tardío y de la falta de tratamiento? 209
67. Es habitual que en los dictámenes médicos o psicológicos de los menores de edad sobre los que se discute su custodia se hable de un conflicto de lealtades con sus progenitores. ¿En qué consiste y de qué manera puede afectar a su conciencia y voluntad? 214
68. En el mismo contexto, ¿cuáles son las características de la denominada «parentificación» o inversión de roles entre padres e hijos sometidos a un conflicto sobre su custodia? ¿Puede afectar a las motivaciones que pueden influir en las decisiones de los menores? 215
69. ¿Puede hablarse de alienación parental como un trastorno psicopatológico o psicológico reconocido? 217

C. DERECHO PENAL 223

C.1 GENERAL 223

1. ¿Qué elementos deben valorarse, en el momento de la detención, para proceder a un examen psiquiátrico? ¿Existen protocolos eficaces en la actualidad? ¿Se ha elaborado un protocolo modelo? . 223
2. ¿Cuál es el papel actual de las diversas ramas científicas relacionadas con la psicopatología en la investigación de los delitos? 226
3. ¿Qué relación existe entre la «anomalía» y la «alteración psíquica» del artículo 20.1 del Código Penal y el trastorno mental? 227
4. ¿Desde la perspectiva psiquiátrica puede sostenerse hoy que el fundamento de la culpabilidad es el libre albedrío? 228
5. ¿Podemos afirmar que todas las facultades humanas, a los efectos de considerar la capacidad de culpabilidad, pueden reducirse a los planos intelectivos y volitivos? 230
6. ¿Son bien diferenciables o independientes las facultades intelectivas y volitivas, o interactúan? Por otro lado, ¿conforme a qué pautas o criterios se establece la gravedad de la afectación de tales facultades? 232

7. La doctrina clásica considera que la culpabilidad se basa en que el autor de la infracción penal tenga las facultades psíquicas y el grado de madurez suficientes para poder ser motivado en sus actos por los mandatos normativos, y a ese conjunto de facultades se le llama imputabilidad o capacidad de culpabilidad. Ahora bien, ¿debemos tener presente que esas facultades intelectivas y volitivas a su vez están condicionadas por otra serie de factores, tanto psíquicos como socioculturales, que también deben ser relevantes para determinar esa «capacidad de culpabilidad»? 233
8. En el juicio retrospectivo sobre la capacidad de culpabilidad de una persona en un determinado momento pasado, ¿qué elementos necesita conocer el psiquiatra? 236
9. Afirma la doctrina que el empecinamiento legal por reducir la capacidad de culpabilidad a la fórmula tradicional de afectación de las facultades intelectivas o volitivas hunde sus raíces en la necesidad de dar respuesta al problema de las personalidades psicopáticas. ¿Puede la psiquiatría actual fundamentar una exención de la responsabilidad, o al menos una atenuación de la misma, en estas personas acudiendo a la afectación de otras facultades que no sean las clásicas intelectivas o volitivas, en lo que se coincide que estos sujetos no las tienen afectadas? 236
10. ¿La capacidad de una persona para ser motivada por la norma jurídica depende exclusivamente de las circunstancias psicopatológicas del sujeto o puede tener relación con la legitimidad y no arbitrariedad de la norma? 238
11. ¿Pueden afectar a esa capacidad de culpabilidad alteraciones de la memoria, de la afectividad, del pensamiento o de la motivación? 239
12. ¿Comparte el criterio de la doctrina de que ese complejo proceso de interacción y comunicación del sujeto con la sociedad en la que convive, y su relación con la imputabilidad, denominada «motivación», y que esa capacidad de motivación a nivel individual, es decir, la capacidad de motivarse por los mandatos normativos, es lo que realmente constituye la esencia de ese elemento de la culpabilidad que hemos denominado imputabilidad? 240

13. El Código Penal no utiliza el término de enajenación mental, pero ¿qué se entiende por ella?..... 241
14. La formulación de las eximentes contenidas en los tres primeros números del artículo 20 del Código Penal, ¿se ajustan al conocimiento actual de la psiquiatría?..... 242
15. ¿Todos los trastornos mentales recogidos en las clasificaciones internacionales pueden afectar a la imputabilidad?..... 244
16. ¿Cuáles son los diagnósticos que mayor incidencia tienen en la disminución o exención de la responsabilidad penal?..... 246
17. ¿Qué criterios utilizan los facultativos a la hora de medir lo que en derecho se denomina «imputabilidad»? ¿Pueden distinguirse nítidamente los que constituyen alteraciones de los procesos de razonamiento de los que se refieren a la voluntad? ¿Existen patologías que solo afectan a alguno de estos conceptos?..... 248
18. Desaparecido del Código Penal el término «enajenación», ¿es posible establecer un catálogo de enfermedades mentales que comprometan *per se* la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión? ¿Cabe establecer categorías dentro de esa clasificación, en atención a la facultad a que afectan y el modo en que la limitan?..... 249
19. ¿Qué problemas presenta la función del psiquiatra como perito en los procesos penales? 251
20. En particular, ¿en qué consiste y qué criterios se emplean en la denominada «psicología del testimonio»?..... 253
21. ¿Qué papel pueden desempeñar la psiquiatría y la psicología en la atención de las víctimas? ¿Y en particular en las grandes catástrofes?..... 254
22. ¿La intervención judicial puede ocasionar interferencias en el curso de los tratamientos? ¿Cuáles serían las vías de coordinación adecuadas?..... 256
23. ¿Qué sistemas de atención al paciente privado de libertad se han revelado más eficaces? 258
24. ¿En qué medida concurren o pueden concurrir componentes psicológicos y/o biológicos en la determinación de la imputabilidad? 260
25. ¿El reconocimiento de algún grado de discapacidad presenta siempre la posibilidad de inimputabilidad?..... 261

26. ¿Puede determinarse con certeza en un informe pericial la posibilidad de declarar como investigado? ¿Y como testigo? 261
27. ¿Qué es la impulsividad? ¿Cómo afecta a la imputabilidad de una persona? ¿Los trastornos del control de los impulsos afectan a la capacidad de conocer y querer?..... 262
28. ¿Toda drogadicción grave influye necesariamente en la capacidad volitiva o intelectiva del drogodependiente, restringiendo de manera apreciable sus facultades de control o inhibición? 265
29. ¿Cuál es el papel que puede jugar la psiquiatría forense para determinar la existencia de un pronóstico favorable de reinserción social en la pena de prisión permanente revisable, recientemente introducida en nuestro ordenamiento penal?.. 267
30. La repercusión mediática que tienen los delitos de violencia de género, especialmente los más graves de asesinatos, ¿puede producir un efecto mimético, incitando a su comisión a otras personas?..... 268
31. Cuando se solicita el correspondiente informe pericial, ¿se profundiza lo suficiente para descartar trastornos orgánicos como, por ejemplo, los derivados hipotéticamente de alcoholismo crónico que por el tiempo haya provocado una degeneración constatable del sistema nervioso central que afecte de forma terminante a su capacidad de culpabilidad? 269
32. ¿Hay patologías que siempre y en todo caso anulan las facultades intelectivas y/o volitivas, cualesquiera que sean los concretos hechos realizados? ¿Hay otras patologías que, aunque aceptadas como tales en las clasificaciones internacionales, podrían no condicionar en ningún caso la capacidad de culpabilidad? .. 271
33. Entre el rasgo y el trastorno de personalidad, ¿hay zonas intermedias en que pueda verse comprometida la capacidad de culpabilidad del sujeto? 272
34. El derecho a un juicio justo incluye que todo acusado pueda entender la acusación que se formula en su contra, comunicar con sus representantes técnicos y ejercer una defensa eficaz. ¿Puede someterse a un juicio justo a alguien que, fuera capaz o no en el momento de los hechos, no tiene mínimamente conservadas al tiempo de celebrarse el plenario sus facultades intelectivas y volitivas? 273

35. ¿En qué momento las emociones humanas, como alegría, tristeza, ansiedad o la cólera, requieren un tratamiento psicológico o psiquiátrico? 273
36. ¿Es cierto que TLP y trastorno disocial se diagnostican habitualmente más en las personas que comenten actos delictivos que en los demás? ¿Por qué? ¿Afectan a la imputabilidad? . 274
37. Últimamente se constata casos en que supuestamente las facultades intelectivas y sobre todo volitivas se dicen anuladas por la escopolamina, denominada «burundanga». ¿Existen estudios suficientes para considerar que efectivamente existe una anulación de las facultades volitivas?..... 274
38. ¿Existen evidencias científicas de la concurrencia de enfermedades mentales o trastornos de la personalidad en los autores de delitos contra la libertad o indemnidad sexual? ¿Constatan un aumento de casos en el ámbito juvenil? En su caso, ¿es factible su tratamiento médico de cara a la reinserción social? ... 277
39. ¿Los trastornos parafílicos afectan a la imputabilidad?..... 279
40. Respecto a los trastornos psicóticos vinculados al consumo de cannabis en la actualidad, ¿sus efectos carecen de relevancia penológica o se desarrollan en el ámbito penitenciario? 279
41. ¿Tiene alguna relación la reacción vivencial anormal con los conceptos arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante de las atenuantes del artículo 21.3 del Código Penal?. 281

C.2. PELIGROSIDAD 283

42. Aceptando que la peligrosidad es un pronóstico de futuro sobre la probabilidad de comisión de nuevos delitos, ¿es un concepto psiquiátrico o jurídico?..... 283
43. El sentir social sobre el elevado índice de reincidencia de los enfermos mentales, ¿es una realidad estadística y científica? En relación con el análisis de un hecho concreto, ¿puede desligarse la autoría de un delito del trastorno mental de base, convirtiendo este en irrelevante? 285
44. ¿Puede medirse la peligrosidad? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los parámetros o criterios de medición para ello?... 287
45. ¿Qué elementos deben valorarse necesariamente en un informe de peligrosidad? ¿Qué peso deben tener circunstancias

tales como el tratamiento, el entorno social y familiar, la gravedad de los hechos ya cometidos, la salud física del sujeto, etc.? 289
46. ¿Es posible baremar de algún modo científico la peligrosidad? Y, de ser así, ¿cuántas categorías se podrían establecer entre la peligrosidad «extrema» y la «prácticamente inexistente»? 292
47. ¿Existe relación entre no adherencia al tratamiento y peligrosidad? 294
48. Se constata, en los últimos años, que en procesos por abusos sexuales, y en concreto relacionados con la pederastia, se están solicitando informes periciales psicológicos sobre la personalidad del delincuente. ¿Pueden detectarse rasgos característicos comunes de la personalidad del pedófilo? ¿Y del violador? 296

C.3. MENORES DE EDAD 299

49. ¿Qué es un TDAH? ¿Qué síntomas presenta? ¿Qué efecto puede tener su reconocimiento y valoración en la responsabilidad penal de un menor de edad infractor? 299
50. Un déficit de atención o una hiperactividad, ¿tendrían alguna relevancia en el ámbito jurídico? ¿Cuándo y por qué motivo? 300
51. ¿Qué tiempo de aplicación de una medida (por ejemplo: tratamiento ambulatorio o internamiento en centro psiquiátrico) es necesario para que a nivel psiquiátrico se pueda valorar su influencia? 301
52. ¿Qué grado de adicción a sustancias psicotrópicas y estupefacientes debe tener el menor de edad para afectar a sus facultades volitivas? 302
53. Cuando durante la instrucción de una causa se han realizado informes periciales del menor de edad infractor, se le ha impuesto en sentencia algún tipo de medida y pretende modificarse esa medida, ¿sería necesario o conveniente emitir nuevos informes periciales sobre el mismo? 302
54. ¿Cómo puede afectar el abuso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TRIC) en los menores de

edad al desaparecer la línea divisoria entre realidad y ficción al cometer delitos a través de las mismas? 303

55. ¿Se constata la concurrencia de alguna circunstancia con trascendencia psiquiátrica en los delitos de violencia filio-parental? De no ser así, y venir motivados por factores ambientales o sociales, ¿puede colaborar la ciencia psiquiátrica en la labor de prevención de este tipo de delitos? 304

56. Dentro del mismo ámbito de la violencia de género, ¿se encuentra alguna explicación psiquiátrica al hecho constatado del aumento creciente de este fenómeno delictivo entre los jóvenes?... 305

57. La Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero reguladora de la responsabilidad penal de los menores es aplicable para exigir la responsabilidad de las personas mayores de 14 años y menores de 18, lo que supone que a efectos de imputabilidad el legislador ha optado por entender que antes de una determinada edad el menor, por su falta de madurez, carece de capacidad suficiente para motivarse por las normas. ¿La psiquiatría está de acuerdo con esa solución legislativa o se puede entender que esa horquilla es excesiva y que una persona con, por ejemplo, 16 años sí tendría, en supuestos «normales» capacidad de culpabilidad? O dicho de otra forma, ¿la edad de 18 años es excesiva, como limite mínimo, para la exigencia de responsabilidad criminal?..... 306

58. En esa franja desde los 14 a los 18 años, ¿pueden detectarse trastornos o alteraciones característicos de esas edades y, entre ellos, la ausencia o falta de control de impulsos? 307

59. ¿Qué diferencias presenta el abordaje terapéutico en menores de edad privados de libertad bajo el régimen de responsabilidad penal en lo que respecta a régimen de internamiento o al tratamiento psicofarmacológico?..... 308

D. DERECHO ADMINISTRATIVO Y LABORAL 311

1. ¿Cuáles son los sistemas de evaluación de la discapacidad y de la dependencia que se utilizan en la actualidad y qué problemas generan? ¿Cómo intervienen los psiquiatras y los psicólogos?.... 311

2. ¿Las clasificaciones oficiales son válidas para determinar la competencia para cualquier actividad? En el caso del certifi-

cado de discapacidad, ¿los niveles del 33 y del 65 % pueden considerarse, en todo caso, indicadores fiables para cualquier tipo de competencia? 314

3. Partiendo del tenor literal del artículo 25.1 del Código Penal, en su redacción dada por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, que define la discapacidad como 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, ¿a qué concretas barreras se refiere desde el punto de vista médico? 316
4. ¿Todo trastorno mental recogido en las clasificaciones internacionales puede ocasionar incapacidad laboral? ¿Cuáles son los requerimientos? 318
5. En los accidentes laborales, ¿se puede ocasionar un trastorno por estrés postraumático (TEPT)? ¿Se puede medir? 319
6. ¿Acoso laboral y *mobbing* son sinónimos? ¿Pueden producir sintomatología psíquica y secuelas en su caso? 320
7. ¿En qué consiste la sintomatología del síndrome de *burnout*? ¿Puede producir incapacidad laboral? 320
8. ¿Todas las enfermedades mentales pueden incidir en la actividad laboral del trabajador o algunas de forma más intensa que otras? 321
9. Concretamente, ¿los trastornos de personalidad pueden ocasionar algún tipo de incapacidad laboral? 322
10. ¿Puede haber periodos en los que se manifieste la enfermedad mental en el desarrollo de la actividad laboral y otros en los que no tenga incidencia alguna? 323
11. ¿Una enfermedad mental puede justificar una conducta del trabajador que constituya una falta,— por ejemplo una agresión a un compañero, insultos al empresario…—? En ese caso, ¿no habría culpabilidad del trabajador? 323
12. ¿Una enfermedad mental puede originar conductas en la actividad laboral del trabajador que pongan en riesgo su propia vida, la de otros trabajadores o la de personas ajenas a la empresa, por ejemplo, una conducción temeraria de un conductor de un vehículo de transporte público aquejado por una enfermedad mental? 324

13. ¿Sería necesario que en la evaluación de riesgos laborales se tuviera en cuenta la posible existencia en algunos trabajadores de enfermedades mentales, especialmente en aquellas profesiones que implican un riesgo para la salud o la vida del propio trabajador, de otros trabajadores de la empresa o de terceras personas, como son todas las actividades relacionadas con conducción de vehículos, trabajos en altura, manejo de grúas, etcétera? 325
14. ¿Puede el trabajo agravar una enfermedad mental preexistente?.. 326
15. En caso de responder afirmativamente a la anterior pregunta, ¿sería preciso incluir determinadas enfermedades mentales en la lista de enfermedades profesionales contemplada en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, modificado el 19 de diciembre de 2015?..... 327
16. ¿La enfermedad mental puede suponer un factor de exclusión o discriminación en el empleo? 328
17. ¿Cómo se puede facilitar la integración en el empleo, en condiciones de igualdad con los demás trabajadores, de un trabajador que padece una enfermedad mental que se ha manifestado y cuya existencia es conocida en el ámbito del trabajo?..... 329
18. ¿Una enfermedad mental puede incapacitar al trabajador para el desarrollo de su profesión habitual, por ejemplo, si esta le genera estrés o ansiedad, permitiéndole realizar otra diferente? En ese caso la Dirección Provincial del INSS tendría que reconocerlo en situación de incapacidad permanente total. 330
19. ¿Una enfermedad mental puede incapacitar al trabajador para toda profesión u oficio, por ejemplo una depresión mayor, una esquizofrenia…? 331

E. DAÑO PSÍQUICO 333

1. Desde un punto de vista victimológico, ¿consideran correcta, en líneas generales, la evaluación que se hace en la práctica forense de las lesiones psíquicas y de los daños emocionales en quienes han sufrido algún delito violento? 333

2. Como complemento a lo anterior, ¿resultan adecuados los baremos que se usan por analogía (baremos de tráfico) para medir el daño psíquico en una víctima?..... 334
3. ¿Qué conexiones y diferencias podrían establecerse entre sufrimiento, daño moral y daño psíquico? 335
4. Partiendo de que toda persona tiene un patrimonio biológico de integridad física y salud, ¿el daño psíquico es objetivable y baremable científicamente como lo es el daño físico? 336
5. ¿Hay espacio para el daño psíquico fuera de las categorías internacionalmente aceptadas CIE-10 y DSM-5? 337
6. Diagnosticada una concreta patología psíquica y establecida su relación causal con el hecho delictivo, ¿será exclusivamente el número y la intensidad de los criterios diagnósticos lo que determine su gravedad? ¿Qué incidencia puede tener la resiliencia de la víctima?..... 338
7. ¿Puede distinguirse en el daño psíquico, al modo que se hace en el físico, un momento de estabilización o consolidación del mismo que permita pasar del periodo de curación a la afirmación de una verdadera secuela? 339

Epílogo 341

PRÓLOGO

Tengo el gran honor y la satisfacción de prologar esta nueva obra, la decimocuarta, de los *Documentos Córdoba,* promovida por la Sociedad Española de Psiquiatría, fruto de la colaboración desde hace años entre el Consejo General del Poder Judicial y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, cuyos autores son excelentes profesionales de reconocido prestigio en dos disciplinas del conocimiento como son el derecho y la medicina, concretamente la psiquiatría.

El título elegido, *Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas,* nos sugiere y adelanta el contenido de un libro que considero de gran importancia pues ayuda al intercambio de conceptos y puntos de vista de ambas profesiones.

Se trata de una obra en forma de diálogo, es decir, en forma de conversación que se establece entre por lo menos dos personas, puesto que la obra consiste en las preguntas formuladas por juristas y las respuestas a ellas dadas por parte de psiquiatras, abarcando desde conceptos básicos a aspectos incluidos en el derecho civil, el penal y el derecho administrativo y laboral.

Dentro del derecho civil, se tratan situaciones tan relevantes como el internamiento, el tratamiento médico y la capacidad de las personas afectas de trastornos mentales, sobre todo de los más graves. En el ámbito del derecho penal, se han formulado preguntas sobre aspectos generales, peligrosidad y relacionadas con los menores de edad. Asimismo, resultan de gran relevancia en la práctica las siete cuestiones relacionadas con el daño psíquico y también, por la frecuencia de las situaciones que se plantean habitualmente, las últimas preguntas referidas al derecho administrativo y laboral.

Confío en que este libro pasará a ser un clásico en las bibliotecas de muchas instituciones y un buen material de estudio y consulta para los profesionales. Esto se debe a la riqueza tanto en información que se nos brinda, como en el aspecto práctico de la misma.

Desde estas líneas quiero reconocer públicamente el denodado esfuerzo de las Cátedras de Psiquiatría de Córdoba y Sevilla para contactar y acordar con el Poder Judicial el intercambio del significado de las expresiones técnicas, de modo que evitemos polisemia y que las palabras tengan la misma consideración para ambos tipos de profesionales; que la «música» sea la misma para todos.

Especialmente mi gratitud por la desinteresada labor de los Profesores Medina, Giner, Moreno, Guija, Lillo y todas las demás personas que han colaborado con ellos para poner en marcha y mantener cada año los Encuentros Jurídico-Psiquiátricos y la edición de los textos fruto de los mismos *(Documentos Córdoba)*.

Finalmente, agradezco este espacio para poder compartir con los lectores esta obra de gran valor y utilidad para el desarrollo profesional y felicitar a los autores por su excelente trabajo.

Julio Bobes García
Presidente Sociedad Española de Psiquiatría
Oviedo, 6 de febrero de 2019

PREFACIO

Una vez más, Córdoba y sus Encuentros Jurídico-Psiquiátricos y una vez más un importante libro. Un *libro-medio,* un libro que no pretende ser ni un tratado ni un manual ni una guía clínica. Se trata de un libro más original, si se me permite; un libro de preguntas y respuestas centrado en situaciones clínicas y cuestiones inevitables en el marco de la actividad profesional de un psiquiatra o un jurista. Un libro que despejará muchas dudas al lector. Un libro útil, como fueron los anteriores. El resultado de un gran trabajo mantenido por profesionales excepcionales en una ciudad única, en la que todavía podemos contemplar restos romanos de la República o del Califato durante la época musulmana.

Córdoba habría sido a finales del primer milenio la ciudad más grande, culta y opulenta de todo el mundo. Letras y ciencias, mezquitas, bibliotecas, baños, zocos… Dieron paso al Renacimiento en Europa. Los Encuentros Jurídico-Psiquiátricos de Córdoba han sido siempre exponente de aproximación cultural. En nuestro caso, desde muchas perspectivas. Por un lado, estas reuniones y estos libros han

contribuido de forma decisiva al acercamiento de dos *culturas,* la jurídica y la psiquiátrica, en un encomiable esfuerzo de divulgación. Por otra parte, nos llevan de lo teórico a lo práctico y de lo práctico a la búsqueda del substrato teórico en el que apoyar nuestro trabajo.

Córdoba siempre ha tenido experiencia en ello. Recordemos a Séneca, Averroes y Maimónides, preclaros representantes de tres culturas, culturas sobre las que se forjó todo el desarrollo de nuestra civilización a los que siguieron los poetas Lucano, Ibn Hazm, Juan de Mena, Luis de Góngora y el Duque de Rivas. Una cultura de auténtico lujo es la que emana de Córdoba. Y de ello nos beneficiamos profesional y humanamente.

Este libro quizás suponga un cambio de ciclo y puede que de estilo; no lo sé. Es cierto que desde hace años el trabajo para desarrollar las reuniones y para sacar a la luz esta serie de monografías, muy celebradas y exitosas por otra parte, ha sido arduo, lleno de dificultades y obstáculos que año tras año han podido ser superados gracias al ímprobo esfuerzo y resistencia contrastada de sus organizadores. Muy pocos han beneficiado a muchos, por ello, nuestro agradecimiento permanente a Antonio Medina, José Giner, Julio Guija, María José Moreno, Rafael Lillo y María José Jaén, y resto de equipo, entre los psiquiatras del equipo responsable de esta obra.

Miguel Gutiérrez Fraile
Past President Sociedad Española de Psiquiatría
Catedrático de Psiquiatría
Vitoria-Gasteiz, 13 de febrero de 2019

INTRODUCCIÓN

«La interrelación entre la Psiquiatría y el Derecho es tan evidente que casi no necesita explicación ni fundamentación». Esto decía el fiscal D. Emilio de Llera[1] en el prólogo de *Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas,* editado por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental en 2016. Y no puedo estar más de acuerdo con él. El derecho necesita inexcusablemente de la psiquiatría y, a su vez, la psiquiatría necesita al derecho y a la judicatura, cada vez más.

Vivimos en una sociedad que evoluciona a pasos agigantados y donde se reclama una justicia restaurativa, dirigida a la reparación y compensación del daño inflingido a la víctima. Paralelamente, en la medicina y en particular en el ámbito de la psiquiatría, se está produciendo un profundo cambio que impulsa el abandono de modelos

[1] Medina A.; Moreno M. J.; Lillo R., y Guija J. A. (Editores): Prólogo 2.º: Emilio de Llera Suárez-Bárcena. *Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas.* Madrid: FEPSM, 2016.

clásicos, basados en una relación paternalista médico-paciente que puede dar lugar en ocasiones a intervenciones restrictivas de las libertades individuales.

La alternativa es un modelo de decisiones compartidas en el que el paciente, progresivamente, va adquiriendo un papel más activo. Todo ello conlleva unos requerimientos garantistas que enmarquen este nuevo horizonte. Nos encontramos, pues, con que la Psiquiatría debe *judicializarse* y la judicatura *psiquiatrizarse.*

Este es el contexto en el que encuentros como los de Córdoba se convierten en un logro relevante; donde magistrados, jueces, fiscales y psiquiatras comparten actualizaciones, técnicas, debaten conceptos y criterios y buscan consensos. Adicionalmente, cuando estos encuentros se concretan en textos como este son especialmente bienvenidos. Esta monografía, *Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas*[2] es un documento útil para muchos profesionales y un estímulo para nuevos encuentros.

Desde el año 2004 han tenido lugar 14 encuentros en los que han participado más de 200 profesionales procedentes a partes iguales del mundo de la Judicatura y de la Psiquiatría. Organizados por el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba y con la destacada colaboración de Julio Antonio Guija, han contado con el respaldo de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM), que firmó un convenio de colaboración con el Consejo General del Poder Judicial en septiembre de 2008.

Este convenio se ha plasmado en diferentes actividades docentes, con y para la Escuela Judicial, incluyendo desde 2011 un programa de estancias en diferentes unidades de salud mental. Concretamente, desde 2014 y con periodicidad anual los jueces en formación de la Escuela Judicial de Barcelona realizan prácticas de Clínica Psiquiátrica en el servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona.

[2] Medina A.; Moreno M. J.; Lillo R., y Guija J. A. (Editores): *Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas.* Madrid: FEPSM, 2019.

Para concluir, unas últimas palabras para agradecer a los que han hecho posible este proyecto, magistrados, jueces, fiscales y psiquiatras, y muy especialmente a los anfitriones, liderados por Antonio Medina, José Giner y sus equipos.

Miquel Bernardo
Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Barcelona.
Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. CIBERSAM
Presidente Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2017-2018)
Barcelona, 27 de febrero de 2019

A

Conceptos básicos

José Arsuaga Cortázar[1]; Julio Antonio Guija Villa[2]; María José Jaén Moreno[3]; Jorge Jiménez Martín[4]; María Núñez Bolaños[5]

1. ¿Es lo mismo maldad que enfermedad mental desde el punto de vista psicológico-psiquiátrico?

No. La maldad es definida en el diccionario de la RAE como la cualidad de lo malo o una acción mala o injusta. Es decir, nos movemos en el terreno de la libertad humana, en tanto el hombre puede elegir hacer el bien o hacer el mal. Que el mal existe es un hecho irrefutable, que aparece con la humanidad y se origina por el ansia de poder. La maldad ha sido abordada desde distintas perspectivas

[1] Magistrado. Presidente de la Audiencia Provincial de Cantabria.
[2] Jefe del Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Sevilla. Departamento de Psiquiatría Universidad de Sevilla.
[3] Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Profesora Interina de Psiquiatría. Universidad de Córdoba.
[4] Magistrado. Director de la Escuela Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Barcelona.
[5] Magistrada. Juzgado de Instrucción n.º 6. Sevilla.

como la religión, la filosofía, la antropología, la ética o la sociología. La maldad no tiene cabida como tal en la psiquiatría ni se cura con psicofármacos.

La enfermedad mental se define del mismo modo que cualquier enfermedad médica, como una pérdida, en este caso referida a la salud mental, y para la que existe tratamiento. En la actualidad se prefiere utilizar el término trastorno mental, más amplio en su significado (la enfermedad mental se solía emplear para señalar a los procesos de tipo orgánico) y que abarca cualquier alteración de la salud mental, sea de origen orgánico o no. Este es el nombre que se utiliza en las clasificaciones nosotáxicas actuales.

Es verdad que, desde el punto de vista psicológico-psiquiátrico, encontramos determinados comportamientos humanos de riesgo que culminan con la muerte o sufrimiento de otros y que normalmente son calificados de malvados, que suelen darse en los trastornos antisociales de la personalidad y las psicopatías; términos en los que suele existir confusión terminológica y que no son sinónimos. Por supuesto, debe quedar claro que en estos casos nos encontramos con desarrollos anormales de la personalidad. Es decir, la personalidad se ha desarrollado de forma disarmónica dando lugar a rasgos tan acentuados e inflexibles que dificultan su adaptación interpersonal y social, pero estos sujetos son responsables de sus actos porque comprenden a la perfección lo que están haciendo.

Son muchos los trabajos que se han llevado a cabo y que se siguen realizando en sujetos psicópatas y en trastornos antisociales de la personalidad buscando la relación entre el comportamiento malvado y la genética, la neuroquímica y la neuroanatomía cerebral, como el llamado «gen de la maldad» o «gen guerrero» o aquellas que pretenden demostrar la maldad intrínseca del ser humano, puesto de moda tras experimentos psicológicos llevados a cabo en grupos de voluntarios, como el «Experimento Milgram» (1963) o el «Experimento de la cárcel de Standford» (1971). Sin embargo, ninguno hasta ahora ha mostrado con rigor que la presencia de estos comportamientos malvados se debe a una causa o lesión.

Bibliografía

— Baca E. Trasgresión y Perversión. Madrid: Triacastela; 2014.
— Hare R. Sin conciencia. Barcelona: Paidós; 2003.
— Tobeña A. Neurología de la maldad. Barcelona: Plataforma; 2016.

2. ¿Qué métodos se utilizan para el diagnóstico de los trastornos mentales?

Los instrumentos primordiales para el diagnóstico en psiquiatría, al igual que en cualquier especialidad médica, son la entrevista clínica —datos de filiación, el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes personales, sociales y familiares— y la exploración.

Ya centrados en el ámbito de la entrevista psiquiátrica hemos de señalar el interés para el diagnóstico de valorar la repercusión emocional de los acontecimientos biográficos vitales, cómo maneja las relaciones interpersonales y, también, cómo ha sido la adaptación del sujeto a lo largo de su vida. Respecto al marco de la entrevista o lugar dónde se va a llevar a cabo, el objetivo principal es que se den las circunstancias oportunas para crear un entorno confortable en el que el paciente se sienta cómodo y se facilite una adecuada relación médico paciente, evitar las interrupciones y, dadas las características de los pacientes psiquiátricos, valorar el riesgo potencial de agitación para controlar el medio y establecer medidas de seguridad de salida rápida. La duración de la misma dependerá de la psicopatología que presente el enfermo y del ámbito donde se esté realizando la entrevista: son más largas cuando se llevan a cabo en el medio ambulatorio y más cortas en el espacio de la psiquiatría de urgencias. La entrevista, con frecuencia, se ve dificultada porque el paciente no presenta conciencia de enfermedad por lo que el psiquiatra deberá conseguir su confianza y cooperación. Las preguntas a utilizar deberán alternar los dos grandes tipos: las abiertas y las cerradas, de esa manera se producirá una sensación de fluidez que redundará en beneficio de la entrevista.

De toda la entrevista se deberá tomar notas en presencia del paciente o en cuanto finalice para que lo recogido sea lo más fiable posible.

En psiquiatría la exploración más importante a llevar a cabo es la exploración psicopatológica. Sería la parte de la entrevista psiquiátrica en la que evaluamos los síntomas y signos que presenta el paciente, adscribiéndolos a una función psíquica específica y conformando su agrupación en síndromes a partir de los cuales llegar a establecer un juicio diagnóstico. También se pueden llevar a cabo otras exploraciones complementarias mediante test, cuestionarios, pruebas de neuroimagen o neurofisiológicas, pruebas de laboratorio, etcétera.

Con lo obtenido en la entrevista clínica y la exploración se confecciona la historia clínica, definida como un documento fundamental y elemental del saber médico donde se recoge la información sobre el paciente que ha obtenido el médico para llegar a un diagnóstico, establecer un tratamiento y controlar la evolución de la enfremerdad.

Bibliografía

— Jaspers K. Psicopatología General. 6ª reimpresión 2ª edición en español. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
— Laín Entralgo P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Barcelona: Salvat; 1961.
— Schneider K. Psicopatología Clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
— Soria V, Labad J. Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 61-71.

3. ¿Es factible la medición de las alteraciones psicopatológicas?

Sí. Con la exploración psicopatológica se pretende evaluar el estado de las funciones psíquicas y detectar si su funcionamiento es nor-

mal o no. El interés estriba en buscar los síntomas o signos procedentes de la alteración de las mismas. En este sentido la psicopatología es a la psiquiatría lo que semiología es a la medicina en general.

Cuando llevamos a cabo la exploración psicopatológica no nos basta con describir lo que vemos, sino que tenemos que integrarlo con la enfermedad que el paciente presenta y explicar si se debe a una causa somática o a un motivo psicológico.

Normalmente, la exploración psicopatológica pretende señalar el síntoma más importante, que procedería de la función psíquica más alterada; y a continuación integrar el resto de los síntomas procedentes de la alteración de otras funciones psíquicas y, por último, inferir un diagnóstico a partir de la agrupación sindrómica observada.

El método que se utiliza para realizar esta exploración psicopatológica se basa en:

- Observación del paciente: apariencia general y modo de reacción al contacto.
- Conversación: además de informar sobre lo que le sucede nos servirá para evaluar el lenguaje, el pensamiento, la atención, la orientación, el nivel de conciencia…
- Exploración propiamente dicha: observaremos las distintas funciones psíquicas como la afectividad, el contenido del pensamiento, la ideación, la sensopercepción, la memoria…
- Exploraciones complementarias o pruebas psicológicas específicas sobre el rendimiento de las funciones psíquicas (psicopatología cuantitativa).

La psicopatología cuantitativa se ocupa del análisis cuantitativo de los síntomas psicopatológicos en la clínica mediante instrumentos estandarizados de evaluación, válidos y fiables, que permiten discriminar entre los distintos aspectos sintomáticos, biográficos y sociales de los diferentes trastornos mentales.

Los primeros instrumentos de exploración psicopatológica aparecieron en los años 50 como consecuencia del desarrollo de la

psicofarmacología (se utilizaron para fundamentar la experimentación llevada a cabo por la industria farmacéutica) y del auge de los estudios epidemiológicos (como una manera más objetiva de disponer de criterios objetivos y para la fiabilidad del interexaminador).

Las herramientas más utilizadas para la exploración psicopatológica son las denominadas escalas de evaluación conductual, que estudian los síntomas a través de la observación del comportamiento o de los datos recogidos mediante una entrevista para llegar a un diagnóstico. Las escalas pueden informar, además, sobre la intensidad o gravedad, el pronóstico y la evolución tras el tratamiento. Están compuestas por diversos ítems que calibran los síntomas que hemos de evaluar para obtener tres tipos de notas o puntuaciones: una puntuación total desde la que valorar la gravedad en general; un perfil sintomático que pone de relieve las características peculiares del estado psicopatológico del sujeto; y, por último, puntuaciones parciales, en función de lo que mida la escala.

Diferenciamos dos categorías en las escalas de evaluación conductual: inventarios generales (un análisis completo de la sintomatología psiquiátrica, antecedentes, circunstancias favorecedoras o desencadenantes, evolución, etcétera) e inventarios específicos (estudio psicopatológico).

Por último, es necesario dejar bien claro que la psicopatología cuantitativa es un estudio complementario, por lo que debe ser articulado siempre dentro del ámbito de la exploración clínica integral.

Bibliografía

— Bulbena A. Exploración psiquiátrica. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 110.

— Conde V, Franch JJ. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn; 1984.

— Sánchez A. Examen psicológico en Psiquiatría. En: Ruíz Ogara C., Barcia D., López-Ibor JJ. Psiquiatría. 1ª ed. Barcelona: Toray; 1982.
— Sánchez P, Eguiluz I. Introducción. En: Eguiluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. 1ª ed. Madrid: Ars Médica; 2005. p. 1.

4. ¿Se utilizan los test para diagnosticar trastornos mentales?

La función de los test no es la de diagnosticar. Se trata de exploraciones complementarias llevadas a cabo con la intención de confirmar o no la impresión diagnóstica, por lo que pierden sentido si no se relacionan con la entrevista clínica de exploración general.

Los test psicológicos son instrumentos experimentales que exponen al sujeto a determinadas situaciones con el objetivo de estudiar su comportamiento, es decir su respuesta ante dichas situaciones.

Las pruebas psicológicas, como instrumentos de objetivación y evaluación cuantitativa, tiene que poseer unas cualidades fundamentales:

- Validez: el test mide lo que realmente se quiere medir.
- Fiabilidad: deben de ser estables y reproducibles.
- Sensibilidad: discriminar con más o menos finura a unos individuos de otros.
- Debe ser estandarizado: objetivo, no influenciable por otras variables diferentes a las que pretende medir o extrañas.
- Utilidad real: tanto desde el punto de vista clínico como investigador.
- Económico: en cuanto al tiempo de administración e interpretación.

El interés esencial de las pruebas radica en la búsqueda de evaluaciones rápidas y mínimamente distorsionadas, obtención de información más o menos estandarizada, cuantificada y fácil de tratar estadísticamente.

Utilizamos los test psicológicos o pruebas de evaluación psicológica en la exploración global del paciente para ganar una mayor objetividad. Gracias a ellos podremos cuantificar el síndrome que presenta, valorar su gravedad e intensidad y determinar los cambios que un tratamiento puede haber producido en un trastorno mental. Los test también pueden ayudarnos a establecer un diagnóstico más exacto, hacer precisiones clasificatorias y comparar las prácticas entre diversos especialistas en psiquiatría al unificar los criterios diagnósticos.

Son muy numerosas las pruebas psicológicas de las que disponemos y pueden ser clasificadas según el propósito de la medición:

- Evaluación de la eficacia: inteligencia, aptitudes, ejecución, desarrollo.
- Evaluación de la personalidad.
- Evaluación del deterioro de las funciones superiores: atención, memoria, funciones cognitivas.
- Evaluación de otras áreas: psicopatología general, depresión, ansiedad, insomnio, estados psicóticos, trastorno del comportamiento, estrés, clínica obsesiva compulsiva, calidad de vida, habilidades sociales, acontecimientos vitales, apoyo social, etcétera.

Bibliografía

— Aymamí NN, Jiménez-Murcia S. Métodos paraclínicos del diagnóstico en Psiquiatría (I): métodos de exploración psicopatológica. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 74.
— Conde V, Franch JJ. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn; 1984.
— Sánchez A. Examen psicológico en Psiquiatría. En: Ruíz Ogara C., Barcia D., López-Ibor JJ. Psiquiatría. 1ª ed. Barcelona: Toray; 1982.

5. ¿Qué son el CIE-10 y el DSM-5?

Se trata de dos sistemas diagnósticos y clasificatorios aceptados por la comunidad internacional como referencia para la codificación clínica de los trastornos mentales

La última versión en español de la *Clasificación Internacional de Enfermedades,* denominada CIE-10 data de 1992 y está auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El capítulo V de la CIE-10 está dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento. Cada trastorno se acompaña de sus características clínicas primordiales, así como de características secundarias, menos específicas y relevantes. A continuación incluye la «pauta para el diagnóstico», indicando el número y los síntomas específicos que se requieren para diagnosticar de manera fiable un trastorno determinado.

Esta clasificación, en su origen (1855), estaba orientada a la nomenclatura de las causas de muerte. No es hasta 1948, en su sexta revisión y ya bajo el auspicio de la OMS, que se convierte en un sistema ordenado en el que empieza a tener cierto relieve la clasificación de los trastornos mentales (capítulo V). Es la octava revisión la que fue más aceptada por la mayoría de los psiquiatras europeos. CIE-9, con pocos cambios respecto a la anterior, contó con una versión americana posteriormente revisada, denominada CIE-9 MC (con modificación clínica). La versión de 1992, aún en vigor, contó para su realización con representantes de la psiquiatría americana y europea en aras de una actualización más extendida.

La CIE-10 está diseñada como una clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y circunstancias relacionadas con la salud. Cuenta con una versión multiaxial, una versión breve, para atención primaria, para psiquiatría infantil y también para investigación.

El sistema DSM *(Diagnostic and Statiscal Manual for Mental Disorders)* es el promovido por la Asociación Americana de Psiquiatría. En 1952 se publicó el DSM I, constituyendo el primer manual oficial de trastornos mentales con utilidad clínica. El DSM II vio la luz en 1948; en 1980, el DSM III supuso una revolución en los sistemas clasificatorios: orientado a ser un sistema válido y fiable, introdujo los crite-

rios diagnósticos en lugar de descripciones prototípicas y estableció el diagnóstico multiaxial, con cinco ejes: el I para trastornos clínicos, el II para trastornos de la personalidad, el III para enfermedades médicas, el IV para problemas psicosociales y ambientales y el V para evaluación de la actividad global; además, incluyó la descripción sistemática de cada trastorno (datos epidemiológicos, clínicos, comorbilidad y evolución) y se presentó organizado de manera jerárquica. Después vino el DSM-IV (versión española en 1995), y el DSM-IV-TR (texto revisado) (2002). En 2014 se publica la edición española del DSM-5, que sigue siendo una clasificación categórica de los distintos trastornos pero que tiene en cuenta que no todos los trastornos mentales encajan siempre dentro de unos límites determinados, por lo que se han reordenado como estructuras organizativas que estimulan distintas perspectivas clínicas. Esta estructura será similar a la que recogerá en el futuro la CIE-11. Entre los cambios más destacados del DSM-5 está la desaparición de la multiaxialidad por lo que los trastornos de la personalidad que antes se diagnosticaban en el eje II, ahora lo hacen junto al resto de los trastornos mentales; El trastorno obsesivo-compulsivo ha salido de los trastornos de ansiedad y ahora forma parte del grupo de trastornos obsesivos-compulsivos y otros trastornos relacionados. El trastorno esquizotípico de la personalidad se ha incluido en el grupo de espectro de la esquizofrenia.. En los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y del comportamiento, se ha incluido también el trastorno de personalidad antisocial. Además, se ha reestructurado el grupo de los trastornos por consumo de sustancias, eliminándose la categoría abuso de sustancias y dependencia de sustancias por la categoría global nueva de trastornos por consumo de sustancias (quedando el trastorno específico definido por el uso concreto de una sustancia determinada)

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.

— Menchón JM. Clasificaciones en Psiquiatría. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 120-1.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

6. Los trastornos incluidos en dichas clasificaciones, ¿se corresponden con el concepto del modelo médico tradicional de «enfermedad»?

No. El modelo médico tradicional de enfermedad es el modelo etiológico basado en la causa de la enfermedad, sea esta interna o externa. Este modelo etiológico puede completarse con el estudio patogénico (los mecanismo que van a dar origen al síntoma), constituyendo el modelo etiopatogénico. El modelo médico tradicional ha sido el ideal que ha perseguido la psiquiatría desde sus orígenes. Sin embrago, los logros en este sentido son muy limitados, y en el momento actual se centran en la línea heredo-constitucionalista y en el de la causación externa.

Las clasificaciones basadas en ese modelo tradicional no son útiles para la psiquiatría puesto que aún se conoce muy poco sobre las causas concretas y específicas de cada trastorno mental. Además, en el origen del trastorno mental tenemos que recurrir a una explicación causal multifactorial en la que convergen, a modo de acción o reacción, factores biológicos, psicológicos y sociales interrelacionados entre sí y que cuando se dan unas circunstancias especiales serían los responsables del desencadenamiento de la enfermedad.

Es por todo lo anterior, que las clasificaciones actuales en psiquiatría siguen un modelo descriptivo. Desde este modelo se pretende organizar los distintos trastornos mentales basándose en la distinción clínica de los síntomas que aparecen.

El principal elemento organizador es el síndrome (búsqueda de un conjunto de síntomas). Es decir, se intenta agrupar los síntomas de una manera específica, con significado clínico y supuestamente atendiendo a una posible causa etiológica común.

Los trastornos mentales se configuran en categorías delimitadas y la persona enferma será diagnosticada con dicha enfermedad si cumple con los criterios (síntomas) adscritos para esa categoría. Por tanto, estas categorías se construyen con enfermos que comparten un mismo patrón sintomático. Hay que señalar que desde el punto de vista de una clasificación categorial, entre una categoría y otra y entre la normalidad y la enfermedad no hay una continuidad, es decir, trabajamos con categorías discretas.

Uno de los problemas que trae la consideración de los trastornos mentales desde la perspectiva descrita es que produce una alta tasa de comorbilidad, por la que con frecuencia hay trastornos que comparten los mismos síntomas, lo que puede conllevar errores en el diagnóstico y falta de especificidad a la hora del tratamiento. Por todo lo anterior, se hace mucho hincapié a la hora de la utilización de las categorías que estas no sean consideradas como enfermedades especificas, sino modelos constructivos clínicos útiles para facilitar el diagnóstico.

Bibliografía

— Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.
— Menchón JM. Clasificaciones en Psiquiatría. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 119.
— Moreno MJ, Medina A. Epidemiología y comorbilidad de los Trastornos de personalidad. En: Medina A, Moreno MJ. Los trastornos de personalidad: Un estudio médico-filosófico. Córdoba: Nanuk S.L.; 1998. p. 244-53.
— Rojo Sierra M. Cuadernos de Psiquiatría. Barcelona: Eunibar; 1983. p. 69-96.

7. ¿Cuál es la competencia del neurólogo, psiquiatra y psicólogo clínico? Referencia particular a los aspectos de diagnóstico y tratamiento

La neurología y la psiquiatría son especialidades médicas; por tanto, los profesionales que la desarrollan son médicos, siendo la medicina la ciencia en la que ambas se sustentan. La psicología clínica es una especialidad dentro del campo de la psicología.

Si bien las competencias profesionales vienen recogidas en el Boletín Oficial del Estado (BOE), desde una perspectiva general podemos decir que el neurólogo diagnostica y trata enfermedades del sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y muscular de etiología conocida en la mayoría de los casos; el psiquiatra diagnostica y trata (mediante terapias biológicas y psicoterapia entre otras) enfermedades mentales de etiología desconocida (salvo los trastornos mentales orgánicos) y el psicólogo clínico diagnostica y trata problemas comportamentales o trastornos mentales, fundamentalmente afectivos o de personalidad mediante psicoterapia (individual, familiar o grupal); por tanto, no utiliza tratamientos biológicos ni psicofarmacológicos así como tampoco aquellos que requieran de conocimientos médicos para su aplicación. En este contexto, las clasificaciones internacionales ya dejan constancia de la necesidad de formación en medicina para el diagnóstico de trastornos mentales cuando utilizan un ítem específico para la realización de un diagnóstico: «el trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) u otra afección médica», es decir, una base orgánica. Las tres especialidades están incluidas en los programas formativos de ciencias de la salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

EL BOE concreta:

- «La Neurología es la especialidad médica que estudia la estructura, función y desarrollo del sistema nervioso (central, periférico y autónomo) y muscular en estado normal y patológico, utilizando todas las técnicas clínicas e instrumenta- les de estu-

dio, diagnóstico y tratamiento actualmente en uso o que puedan desarrollarse en el futuro».

- «La psiquiatría tiene por objeto el estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, en concreto, los incluidos al día de hoy en el capitulo V (F) "Trastornos mentales y del comportamiento" de la 10ª edición de la *"Clasificación Internacional de las Enfermedades"*, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud».
- «La Psiquiatría es una especialidad de la Medicina que sin perjuicio de sus raíces comunes con otras disciplinas sanitarias, se ocupa de los trastornos psiquiátricos, entendidos como lugar de encuentro de lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural; sus intervenciones se basan en la observación clínica y en la investigación científica, incluyendo una amplia gama de técnicas, desde aquellas de carácter interpersonal como es el caso de las psicoterapias y la rehabilitación, hasta otras actuaciones como el diagnóstico por neuroimagen, la psicofarmacología y otras intervenciones biológicas».
- «El campo de acción de la Psicología Clínica abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas. Desde la perspectiva del tratamiento tiene competencia para diseñar y aplicar programas de intervención y tratamiento específicos, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pertinentes y suficientemente contrastados (…)».

Es decir, a efectos de tratamiento, el psicólogo clínico realizará exclusivamente tratamientos psicoterapéuticos.

Finalmente convendría aclarar que existe la profesión de Psicólogo General Sanitario (título obtenido mediante máster universitario). De acuerdo a la normativa vigente, su campo de actuación son: conocimientos y las competencias necesarias para la realización de inves-

tigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora de su estado general de salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios.

No se recoge pues, en un principio, la posibilidad de diagnóstico de trastornos mentales ni tratar los mismos mediante técnicas psicoterapéuticas. Estos aspectos quedan reservados para el psicólogo clínico.

En definitiva, el psicólogo, ya sea clínico y/o sanitario realizará tratamientos psicológicos.

Bibliografía

— Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Master en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario.
— Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio del Ministerio de Sanidad y Política Social, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
— Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
— Orden SCO/528/2007, de 20 de febrero del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurología.

8. Una persona con trastorno mental, ¿se cura?

La OMS señala que la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no solo la ausen-

cia de afecciones o enfermedades». Desde este punto de vista, entendemos que los trastornos mentales pueden curarse, entendiendo por curarse que con el tratamiento pueden alcanzar una notable calidad de vida.

La psiquiatría clásica define el modo de organizar el enfermar mental en torno a los conceptos de proceso y de desarrollo.

El proceso es una modificación duradera de la vida psíquica del individuo que conduce a una alteración permanente, considerando la presencia de esa alteración como un fenómeno totalmente nuevo. Por tanto, se entiende por proceso toda enfermedad mental que puede ser explicada (no comprendida) mediante una causa, que provoca la aparición de una lesión o una disfunción. Aparece de forma brusca, supone una ruptura total con lo que antes era el sujeto, cursan en forma de fase o de brote, cuando cesa el sujeto puede retornar a su estado anterior —aunque a veces se observan restos de actividad procesal residual o defectual—, se estudia bajo el criterio médico siendo irreversibles o incurables a día de hoy. Las tres características que definen el proceso son: la transposición simple, la transformación y la descomposición de la personalidad del individuo, creando un nuevo estado en progresión continua.

Dentro de los procesos estarían las clásicamente llamadas psicosis, que pueden ser endógenas como la psicosis maniacodepresiva, la psicosis esquizofrénica o la paranoia, o bien, exógenas como la psicosis sintomáticas.

Los desarrollos serían anomalías comprensibles que surgen por determinados motivos; entendiendo el motivo como la concatenación de dos hechos que guardan una conexión de sentido entre sí. Implicarían la interacción de aspectos biológicos, biográficos, sociales, etcétera. Cursan en forma de reacción o de crisis, evolucionan lentamente desde su aparición y pueden ser reversibles, empleándose para su estudio los criterios psicológicos, culturales y sociales.

Dentro de los desarrollos incluiríamos las neurosis, las psicopatías y la discapacidad intelectual.

Estos modos clásicos de entender la etiopatogenia y patocronia de la enfermedad mental se han dejado a un lado, como señalábamos

al principio. En la actualidad, manejamos el concepto de «trastorno mental», entendido como la alteración de los procesos de conocimiento, razonamiento de la conducta, del criterio de realidad, de las emociones o de las relaciones con otras personas. En definitiva, el resultado de una compleja interacción biológica, psicológica y social. Muchos de los trastornos mentales que diagnosticamos entrarían en la categoría de crónicos y el sujeto los va a tener de por vida como: la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor recurrente o el trastorno de ideas delirantes persistentes, entre otros. Sin embargo, el concepto de cronicidad que se acompaña del concepto de incurabilidad, no significa «no hacer nada» desde el punto de vista terapéutico. En el momento actual, el arsenal curativo del que disponemos ha avanzado muchísimo y el sujeto puede mantenerse libre de síntomas durante bastante tiempo y, lo mejor, sin efectos secundarios que puedan menoscabar su calidad de vida y que ayuda a que el sujeto pueda llevar una vida normal.

Bibliografía

— Jaspers K. Psicopatología General. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 342.
— OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Principios. Disponible en: http://www.who.int/about/mission/es/
— Sánchez P, Eguiluz I. Introducción. En: Eguiluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. 1ª ed. Madrid: Ars Médica; 2005. p. 6-8.

9. ¿Se sigue utilizando el término «psicosis»? ¿Cómo se denomina en la actualidad?

El término «psicosis» fue utilizado por primera vez en 1841 por Canstatt para enfatizar las manifestaciones psíquicas de las enfermedades del cerebro. Sin embargo, es a Feusterchleben al que se le adjudica

oficialmente la utilización por primera vez de este término en 1845 para sustituir al de «locura» y referirse a las manifestaciones psíquicas de las enfermedades del alma desde una perspectiva psiquiátrica y meramente descriptiva. El concepto de psicosis se vinculó al de proceso y se opuso al de desarrollo y neurosis, tal como ya vimos antes.

En la actualidad el término psicosis se usa para identificar a todo trastorno mental que se acompaña de pérdida de contacto con la realidad. Se produciría una afectación del cerebro que daría cambios (psicopatología) en el pensamiento, la percepción, los sentimientos y la comunicación de la persona. Estos síntomas psicóticos son heterogéneos y la gravedad de la sintomatología puede predecir aspectos importantes de la enfermedad, como déficit cognitivo y/o neurobiológico. Si es la primera vez que ocurre estaríamos hablando del primer episodio psicótico.

En el CIE-10, encontraremos la descripción de estos síntomas en el apartado F20-29: «Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos de ideas delirantes». Del mismo modo, en el apartado F30-39, —«Trastornos del humor»—, hay especificaciones para los trastornos bipolares con síntomas psicóticos (F31.5) y los episodios depresivos con síntomas psicóticos (F32.3); también en el F19 —«Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas y otras sustancias psicótropas»—.

En el DSM-5 se incluyen en el apartado «Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos» y en los relativos a los trastornos bipolares, trastornos relacionados a los trastornos depresivos, a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En el apartado que hace referencia a afecciones que necesitan más estudio, el DSM-5 recoge un apartado de síndrome de psicosis atenuada, similar a la psicosis pero por debajo del umbral de un trastorno psicótico completo.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.

— Bürgy M. The concept of psychosis: Historical and Phenomenological Aspects. Schizophr Bull. 2008; 34(6): p. 1200–1210.
— Jaspers K. Psicopatología General. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 342.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

10. Una persona con esquizofrenia, ¿es un psicótico? ¿Qué diferencias existen entre un psicópata y un psicótico?

Una persona con esquizofrenia es un psicótico, puesto que el sujeto pierde el contacto con la realidad y presenta síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones, cambios en el comportamiento, trastornos cognitivos, deterioro del funcionamiento, etcétera.

El psicópata es el que presenta una psicopatía, es decir, un concepto clínico forense en el que el sujeto presenta un trastorno de personalidad que se define por una serie de conductas y de rasgos específicos de la personalidad.

- Emocionales/interpersonales:
  — poseen una mente simple y superficial,
  — egocéntricos,
  — falta de remordimiento o culpa,
  — falta de empatía,
  — manipuladores y mentirosos y
  — con emociones superficiales y banales.

- De desviación social:
  — Impulsividad,
  — poco control de su conducta,
  — necesidad de excitación,

— falta de responsabilidad,
— problemas de conducta en la infancia y
— conducta antisocial del adulto.

La diferencia, por tanto, entre un psicótico y un psicópata estriba en que el psicótico es un enfermo mental que ha perdido el contacto con la realidad, mientras que el psicópata presenta un desarrollo anómalo de la personalidad, que no le impide contactar con la realidad tal y como es.

Las clasificaciones internacionales no han recogido nunca el término «psicopatía», sino el de «trastorno de personalidad disocial/antisocial», que no puede ser identificado completamente con el de psicopatía. De hecho, solo el 20 % de los trastornos de personalidad antisocial cumplen los criterios de las psicopatías.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— Hare RD. Sin conciencia. Barcelona: Paidós; 2003.
— Millon T., Davis R. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson; 2001. p. 2.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

11. ¿Qué son los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia?

Bleuler distingue en los síntomas de la esquizofrenia los síntomas fundamentales de los accesorios. Los síntomas fundamentales serían los característicos y exclusivos de la esquizofrenia, se conformarían

por lo que se ha venido en llamar «las cuatro A»: trastornos de la asociación cognitiva, trastornos de la afectividad, ambivalencia y autismo. Los síntomas accesorios, que pueden aparecer en otras enfermedades, ponen de manifiesto la psicosis y dan el sello exterior al cuadro patológico, y serían: las alucinaciones, ideas delirantes, despersonalización, trastornos de memoria y de la conducta y trastornos del lenguaje.

En 1980, Crow propuso diferenciar a la esquizofrenia en tipo I y tipo II. La tipo I tendría preferentemente síntomas positivos (síntomas accesorios de Bleuler), mejor ajuste premórbido, mejor pronóstico, mejor respuesta al tratamiento, menos defecto y con incremento de dopamina en los receptores. La tipo II presentaría sintomatología fundamentalmente negativa (síntomas fundamentales de Bleuler), peor ajuste premórbido, peor pronóstico, menor respuesta terapéutica, más alteraciones cognitivas, sin modificaciones a nivel cerebral.

Nancy Andreasen (1982) establece un listado de síntomas positivos y negativos:

- Positivos:
  - alucinaciones,
  - ideas delirantes,
  - trastornos formales del pensamiento (incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalicidad),
  - conductas extravagantes y desorganizadas y
  - catatonía.

- Negativos:
  - pobreza del lenguaje y pensamiento (alogia),
  - bloqueos del pensamiento,
  - embotamiento afectivo,
  - retraimiento social,
  - escaso autocuidado,
  - apatía,
  - anhedonia,

— abulia
— déficit de atención.

En 1987, Kay y col. basándose en los síntomas positivos y negativos crearon *The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia.* (PANSS), una escala para evaluar estos síntomas, ampliamente divulgada y utilizada tanto en la clínica como en la investigación.

Las clasificaciones internacionales nunca admitieron esta división. Todos los síntomas (tanto los positivos como los negativos) se encuentran incluidos en el listado de síntomas importantes para el diagnóstico de la esquizofrenia, en el que la presencia de uno muy evidente o de dos o más menos evidentes, durante el período de un mes o más, nos llevaría al diagnóstico según el CIE-10.

En el DSM-5, los síntomas positivos y negativos conforman el criterio A, en el que dos o más síntomas deben estar presentes un mes o más y unos de ellos ha ser delirio, alucinación o discurso desorganizado.

Bibliografía

— Andreasen N. C. Olsen S. Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. Arch Gen Psychiatry. 1982; 39 (7): 789-94.
— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— Bleuler, E. Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires: Lumen-Hormé; 1993.
— Crown T. J. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? Br Med J. 1980; Jan12; 280(6207): 66–68. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1600263/
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

12. ¿Cuáles son las diferentes fases de la evolución de un paciente con esquizofrenia? Si es un proceso crónico, ¿cuáles son las alteraciones más persistentes?

La esquizofrenia es considerada por definición una enfermedad con una evolución hacia la cronicidad. Dentro de la historia de la enfermedad pueden identificarse una serie de fases más o menos diferenciadas dependiendo del caso.

- Historia premórbida. Aunque no siempre está presente, los pacientes pueden tener una personalidad de tipo esquizoide o esquizotípica.
- Pródromos. Durante meses o incluso años antes del primer episodio psicótico el paciente puede presentar síntomas que denominamos prodrómicos como serían por ejemplo: cambios en el comportamiento, desorganización en actividades cotidianas, ideas obsesivas, ideas extrañas o extravagantes, experiencias perceptivas anómalas, alteraciones neuropsicológicas, deterioro de la función sociolaboral o aislamiento social, entre otras. En la mayor parte de los casos estos signos o síntomas son identificados de forma retrospectiva una vez se produce el debut del cuadro sintomático.
- Primer episodio psicótico. Con la aparición de los primeros síntomas positivos (por ejemplo, alucinaciones, delirios y alteraciones del comportamiento) suele llevarse a cabo el diagnóstico. Para ello deben cumplirse además el resto de los criterios recogidos en las clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM-5 y CIE-10).
- Desde el momento del diagnóstico la evolución puede ser variada. Clásicamente a la esquizofrenia se la ha denominado la «enfermedad del tercio». El primer tercio permanecerá asintomático tras el primer episodio psicótico y puede llevar una vida normal, el segundo tercio presentará síntomas modera-

dos pero conservará el funcionamiento social y, por último, el tercer tercio presentará un gran deterioro. Y será, justamente, ese deterioro el que marque el pronóstico a largo plazo del paciente.

La forma clínica más persistente de la esquizofrenia sería la que el CIE-10 viene a denominar residual y que se define como el curso crónico de la misma, en la que hay una evolución progresiva desde los estadios iniciales hacía los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas negativos o deficitarios y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversible.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— Bernardo M., Bioque M. Esquizofrenia. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 211.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.
— Segarra R., Crego M., García J. M. Incidencia, prevalencia, estabilidad diagnóstica e impacto sociosanitario de los primeros episodios de psicosis. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p. 27.

13. ¿Qué diferencias hay entre un «paranoide», una «personalidad paranoide» y un «paranoico»

Cuando utilizamos el término «paranoide» lo hacemos para referirnos a aquellos pacientes que presentan una esquizofrenia tipo paranoide, caracterizada por la presencia de ideas delirantes y/o alucina-

ciones auditivas frecuentes y la ausencia de lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, según especifican los criterios del DSM-IV (295.30). En la actual clasificación DSM-5, la esquizofrenia tipo paranoide ha desaparecido como categoría diagnóstica al englobarse todos los tipos de esquizofrenia bajo el epígrafe «Esquizofrenia» (295.90), dentro del apartado «Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos».

Una «personalidad paranoide» es aquella en la que la manera de ser y de comportarse está caracterizada por la presencia de un patrón de desconfianza generalizada y de suspicacia. Si este patrón es persistente e inflexible y se extiende en todos los ámbitos relacionales del sujeto estaríamos ante un «Trastorno de personalidad paranoide» (301.0), incluido en el DSM-5 dentro de los trastornos de personalidad del grupo A.

Un «paranoico» hace referencia a un sujeto que presenta una paranoia. Este es el término con el que la psiquiatría clásica designaba, a diferencia de la demencia precoz (esquizofrenia), los cuadros delirantes crónicos que cursan sin deterioro ni alucinaciones. En la actualidad este tipo de síntomas se reúnen bajo el epígrafe de «Trastornos delirantes» (297.1) y se diagnostican por la presencia de uno o más delirios de un mes o más de duración y si aparecen alucinaciones, estas son de poca importancia o están relacionadas con la temática delirante.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Barcelona; Masson; 1995.

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.

— Balbuena A. Trastornos Delirantes (Paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011, p. 216-229.

14. ¿Cuáles son las características de un trastorno afectivo?

Los trastornos afectivos o trastornos del humor son aquellos trastornos mentales en los que existe una alteración psicopatológica de la afectividad o del humor, en general en el polo de la depresión, en el de la euforia o en la combinación de ambos. Estos trastornos tienden a ser recurrentes. Los episodios deben durar al menos una semana y deben ser lo suficientemente graves como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa.

En las clasificaciones actuales (DSM-5) se encuentran por un lado los trastornos depresivos (orgánicos, adaptativos, depresivos persistentes y depresión mayor) y por otro, los trastornos bipolares y trastornos relacionados; sin embargo en el CIE-10 se encuentran reunidos todos bajo el epígrafe de *Trastornos del humor (afectivos)* F30-39.

En los trastornos depresivos encontramos, desde el punto de vista clínico, un humor depresivo caracterizado por tristeza, apatía, indiferencia, incapacidad para disfrutar de las cosas con las que antes disfrutaba (anhedonia), enlentecimiento de pensamiento, del lenguaje y motor, pensamiento monoideista, pérdida de autoestima y confianza en sí mismo, disminución de atención y concentración, desesperanza, ideas de culpa, pensamientos o actos suicidas, trastornos del sueño y del apetito y abandono personal. A veces, si el episodio depresivo es muy grave puede acompañarse de síntomas psicóticos, congruentes o no con el estado de ánimo.

En los trastornos bipolares (antiguamente llamada psicosis maniacodepresivas) se alternan los episodios depresivos con los episodios maníacos (trastornos bipolar tipo I) o con hipomaníacos (trastornos bipolar tipo II). Las características clínicas de un episodio maníaco son: exaltación del humor —desde una jovialidad descuidada hasta una excitación incontrolable—, hiperactividad, aumento de la vitalidad, pensamiento ideofugaz y acelerado, ver-

borrea, insomnio, pérdida de inhibición social, pérdida de capacidad de atención y concentración, autoestima exagerada y puede acompañarse de síntomas psicóticos, congruentes o no con el estado de ánimo. Los episodios hipomaníacos son un grado menos de los maníacos, la exaltación del humor es más leve, sentimientos marcados de bienestar y elevado rendimiento físico y mental, más sociable, más hablador, disminución de la atención y distraibilidad así como disminución de la necesidad de sueño, no acompañándose de síntomas psicóticos.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

15. ¿Qué es una neurosis? ¿Existen en la actualidad?

El término «neurosis» hace referencia a un conjunto de desarrollos anómalos de la personalidad, que a partir de defectos básicos de su formación emplean unos mecanismos de defensa que a su vez generan ansiedad en la cotidianidad, con lo que se configura un «estar en el mundo patológico». Clásicamente se hacía la distinción entre «neurosis» (desarrollo anómalo del sujeto originado por una serie de motivos psicológicos y de carácter reversible) y «psicosis» (proceso originado por una causa lesional o disfuncional y de carácter irreversible); no obstante, esta diferencia no se ha mantenido en las clasificaciones diagnósticas.

En la actualidad, el término «neurosis» ha sido desplazado por el de «trastorno de ansiedad».

En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,* DSM III, publicado en 1980, se eliminó el término «neurosis» al considerarse con demasiadas connotaciones psicoanalíticas y para el que no existía consenso entre los especialistas en psiquiatría en cuanto a su definición, puesto que unos lo consideraban solo a modo descriptivo y otros le añadían consideraciones etiológicas. Las neurosis de ansiedad, histéricas, fóbicas, obsesivo-compulsivas, depresivas, neurasténicas, de despersonalización e hipocondríacas entraron a formar parte de los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, somatomorfos y psicosexuales. Este criterio se ha seguido manteniendo en las sucesivas revisiones del DSM.

En la última actualización (DSM-5, 2013) se encuentran incluidas entre los trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos disociativos, trastornos relacionados con traumas y estrés y trastornos de síntomas somáticos y relacionados.

La clasificación CIE-10 (1992) sigue manteniendo el término «neurótico» en el epígrafe de su apartado F40-48 titulado «Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos», no así en su desglose de las categorías diagnósticas entre las que se incluyen los trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo compulsivo, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos disociativos (de conversión), trastornos somatomorfos y otros trastornos neuróticos.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM III. Madrid: Masson; 1983.
— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

— Vallejo J. Neurosis: Generalidades. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011, p. 125-140.

16. ¿Qué es una demencia tipo alzhéimer? ¿Existen otros tipos de demencias?

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia, tal vez la más conocida por la población general, que se caracteriza por ser una enfermedad degenerativa del cerebro de etiología desconocida. Suele iniciarse de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años que puede variar entre los dos o tres años aunque en ocasiones es bastante más largo. Lo habitual es que debute de los 65 a 70 años, pudiendo ser de inicio más precoz (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil). Hoy en día se considera irreversible.

Además de la demencia en la enfermedad de Alzheimer, tiene relevancia cuantitativa la que se produce en la enfermedad vascular (normalmente llamada demencia vascular). Otras demencias se pueden producir en la enfermedad de Pick, en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob («enfermedad de las vacas locas»), en la enfermedad de Huntington, en la enfermedad de Parkinson o en la infección por VIH.

En las clasificaciones internacionales de trastornos mentales, la demencia se recoge dentro del capítulo de los trastornos orgánicos, es decir, aquellos que tienen una base anatomopatológica cerebral demostrable, una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores. Entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o

de la motivación. Desde la perspectiva jurídica, es un aspecto relevante, pues si en general lo que impulsa a los familiares a llevar al paciente al médico son los fallos de memoria, tiempo antes se han producido estas alteraciones emocionales que son síntomas de la enfermedad; es decir, los síntomas están presentes con anterioridad (incluso años) a que aparezcan los fallos cognoscitivos groseros, sie ndo durante este tiempo personas especialmente vulnerables a las situaciones de abuso (físico, psicológico, sexual o financiero) sin que se hayan tomado aún las medidas de protección ante una persona que, funcionalmente, es discapaz.

La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana del enfermo, por ejemplo, en su aseo personal, vestirse, comer o en sus funciones excretoras. El deterioro de la memoria afecta la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva, de ahí que el paciente no sepa decirnos dónde se encuentra, la fecha en la que vive o con quién ha hablado un rato; sin embargo, en un principio recuerda acontecimientos vividos años antes. Los recuerdos se van perdiendo progresivamente hacia atrás, es decir desde el momento vital del paciente hacia su infancia.

Al igual que hemos hablado de vulnerabilidad y necesidad de protección de estas personas en el ámbito civil, no resulta extraña la necesidad de reconocimiento de personas de edad, de conducta intachable y entregada a la familia durante toda su vida que en un momento determinado comienza a realizar conductas desinhibidas sexualmente. Hay que valorar y estudiar la posibilidad de inicio de demencia dada la incapacidad para filtrar correctamente los contenidos de las normas sociales ante el olvido que de las mismas se produce.

Bibliografía

— American Psychiatry Association. Manual diagnostico y estadístico de los trastorno mentales (DSM-5). Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.

— CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión. Ed. Meditor. Madrid. 1992.

17. ¿Qué es una reacción vivencial anormal?

Se trata de un término acuñado por Karl Jaspers y en la actualidad en desuso. Representa una respuesta afectiva motivada por una vivencia. Las reacciones vivenciales anormales se distinguen de las normales por la mayor intensidad de las primeras. Para que se presente una reacción vivencial según Jaspers se requieren tres condiciones:

- No se hubiesen presentado de no mediar una vivencia,
- El contenido de la reacción vivencial tiene una relación comprensible con la vivencia causal.
- Al desaparecer la causa desaparece la reacción vivencial.

Para Kurt Schneider, las reacciones vivenciales anormales se apartan de las normales por su extraordinaria intensidad, su inadecuación al motivo o su exagerada duración. Sin embargo, estos criterios no son absolutos y no siempre son válidos para distinguir las reacciones vivenciales anormales, puesto que el tránsito entre la normalidad y la anormalidad es gradual.

Las reacciones vivenciales se corresponderían en las clasificaciones actuales con los trastornos adaptativos, descritos por vez primera en 1968 en el DSM-II como disturbios situacionales transitorios y en el CIE-8 como reacciones situacionales transitorias.

Tanto en el DSM-5 como en el CIE-10, se definen los trastornos de adaptación como estados de malestar intenso subjetivo y desproporcionado, acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en los tres meses siguientes (el período de adaptación a un cambio biográfico significativo) a un acontecimiento vital estresante, teniendo en cuenta

el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y presentación de los síntomas. El agente estresante puede afectar a la integridad de la trama social de la persona o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales. Asimismo, puede afectar solo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Las formas clínicas de presentación serían: con predominio de ánimo deprimido, breve o prolongada, con predominio ansioso, mixto con ansiedad y depresión, con predominio de otras emociones, con predominio de alteraciones conductuales, o con alteración mixta de emociones y conductuales.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— Jaspers K. Psicopatología General. 6ª reimpresión 2ª edición en español. México: Fondo de Cultura Económica, 2010.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.
— Schneider K. Psicopatología Clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. 1997.

18. ¿Existe la categoría diagnóstica de trastorno del control de los impulsos?

Sí, existe la categoría diagnóstica trastorno del control de los impulsos. Lo que la define es la dificultad para resistirse al impulso, la motivación o la tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. Existe una tensión o sensación de activación interior antes de cometer el acto: el sujeto experimenta placer,

gratificación o liberación en el momento de la ejecución. Y a posteriori puede haber o no autorreproches o culpa.

En el CIE-10 se corresponde con el capítulo F63, «Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos». Se especifica que los diversos trastornos incluidos bajo este epígrafe están, no porque exista una etiología clara común entre ellos, sino por la semejanza descriptiva. Los trastornos que se incluyen son: ludopatía, piromanía, cleptomanía, tricotilomanía y otros como el trastorno explosivo intermitente.

En el DSM-5 también existe un apartado titulado «Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta». Como se señala en el manual, estos trastornos se manifiestan como problemas en el autocontrol del comportamiento y de las emociones. Son singulares porque se traducen en conductas que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o figuras de autoridad. Se suelen encontrar en estos sujetos rasgos asociados a la dimensión desinhibición-restricción y emocionalidad negativa. Suelen tener alta comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias y de personalidad antisocial. Los trastornos incluidos en este apartado son: trastorno negativista de la personalidad, trastorno explosivo intermitente, trastornos de conducta (agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, incumplimiento grave de las normas), trastorno antisocial de la personalidad, piromanía, cleptomanía y otros.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

19. Desde la perspectiva médica, ¿qué diferencias existen entre una persona con cleptomanía y otra que roba sin padecer el citado trastorno?

La cleptomanía es una enfermedad mental incluida en los manuales clasificatorios dentro de los trastornos del control de los impulsos. Se define como la necesidad imperiosa de robar objetos aunque estos no sean necesarios ni para uso personal ni por su valor económico. El robo es precedido de una ansiedad creciente que se alivia en el momento de tener el objeto deseado; sustrae por el «placer» que le produce hacerlo. Por supuesto, como señalan los manuales diagnósticos, los objetos robados suelen ser de escaso valor y el sujeto podría pagarlos; a menudo una vez los consigue los desecha, los regala, incluso los devuelve subrepticiamente. El robo nunca se comete por venganza ni por rabia, ni se lleva a cabo como respuesta a una alucinación o delirio.

La prevalencia de la cleptomanía en población general es muy baja, de entre el 0,3 y el 0,6 %, y supone según el estudio que se trate entre el 4 y 24 % de los robos en tiendas. Se diagnostica con más frecuencia en mujeres, en una proporción de 3:1. Puede presentar comorbilidad con otros trastornos mentales: depresivos, bipolares, de ansiedad, de personalidad, de conducta alimentaria, consumo de sustancias y otros trastornos del control de los impulsos

La cleptomanía debe diferenciarse de los robos ordinarios en los que no existe ningún trastorno del control de los impulsos y que se caracterizan por que, ya sea un robo planeado o impulsivo, siempre es deliberado y motivado por la utilidad de lo robado o el valor dinerario (ganancia personal).

En los adolescentes puede existir un robo ordinario por desafío, como acto de rebeldía o como un ritual de iniciación.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.

20. ¿Son sinónimos pedofilia y parafilia?

No son sinónimos. Cuando nos referimos a parafilia lo hacemos para señalar una respuesta de activación ante objetos o situaciones sexuales que no forman parte de las pautas habituales y que en diversos grados pueden interferir con la capacidad para una actividad recíproca afectiva. Según el DSM-5, el término parafilia denota cualquier actividad sexual intensa y persistente distinta del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de las relaciones humanas consentidas, con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales.

Bajo el epígrafe de trastornos parafílicos (DSM-5) se incluyen las parafilias que causan malestar o deterioro del individuo, o aquellas parafilias cuya satisfacción conlleva perjuicio personal o riesgo de daños a terceros. En este sentido la parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico; del mismo modo la parafilia no justifica o requiere necesariamente la intervención clínica. Desde un punto de vista psiquiátrico-forense se distingue entre la parafilia primaria, que corresponde a lo descrito en los manuales al uso, y la parafilia secundaria, aquella que responde a un epifenómeno de una enfermedad psiquiátrica de gravedad como esquizofrenia, trastorno bipolar, epilepsia o demencia.

Los trastornos parafílicos descritos en en el DSM-5 son: trastorno de voyeurismo, de exhibicionismo, froteurismo, de masoquismo sexual, de sadismo sexual, fetichismo, travestismo, pedofilia y otros.

En el CIE-10, en el apartado «Trastornos de la inclinación sexual» se clasifican: fetichismo, travestismo fetichista, exhibicionismo, escoptofilia (voyeurismo) paidofilia, sadomasoquismo y otros.

La pedofilia o paidofilia es un trastorno parafílico o de la inclinación sexual que se define como una excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con sujetos impúberes (menores de 13 años), tanto de tipo homo como heterosexual. La duración de la conducta pedófila debe ser de al menos 6 meses, el sujeto

tiene al menos 16 años y la diferencia de edad entre ambos sujetos debe ser como mínimo de 5 años.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— Fuertes Rocañín J. C., Cabrera Forneiro J. La Salud Mental en los Tribunales 2ª edición. Madrid: Aran, 2007.
— Moreno M. J., Jaén, M. J., Medina A. Aspectos psiquiátricos y jurídicos de los delitos sexuales. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA. (editores). Psiquiatría y Ley: Preguntas y respuestas. Madrid: Psiquiatría.com; 2016, p. 129-130.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

21. ¿Existe conexión científica entre el consumo de tóxicos y la irrupción de enfermedad mental? ¿Son más frecuentes los trastornos psicóticos vinculados al uso de cannabis?

Hasta el momento, los estudios llevados a cabo por los distintos grupos de investigación no han encontrado una relación causal entre el consumo de tóxicos y la aparición de enfermedad mental.

En psiquiatría se ha confirmado insuficiente que se cumpla la condición de única, necesaria y suficiente de la causa eficiente aristotélica, como forma de explicar la aparición o la génesis de cualquier trastorno. Al no existir un único agente responsable de una enfermedad, se debe considerar al enfermo el centro de un campo sistémico etiopatogénico sobre el que actúan diversos factores que

se concadenan y se interfieren, se contrarrestan o se potencian para dar lugar al trastorno mental.

Los factores que integran este campo pueden ser disposicionales (de índole biológica), sensibilizantes (de índole psicobiográfica), socioculturales y desencadenantes. Dentro de estos últimos encontramos tres tipos de factores: los somatógenos (cuadros orgánicos), los alógenos (los tóxicos y agentes externos) y los psicógenos (vivencias significativas, acontecimientos vitales estresantes).

En este sentido se ha podido demostrar que el consumo de tóxicos puede ser a largo plazo un precipitante o desencadenante de la irrupción de enfermedad mental en aquellos consumidores en los que exista una vulnerabilidad o predisposición, posiblemente de origen genético.

En estos sujetos el consumo incrementa el riesgo para presentar un trastorno mental, sobre todo de tipo psicótico. Sin embargo, se ha mostrado una débil relación con el consumo de tóxicos y trastornos del espectro afectivo.

Con base en esa hipótesis de la vulnerabilidad, se ha comprobado que a menor edad de inicio y mayor cantidad de droga consumida, se incrementa la probabilidad de sufrir daños.

Donde más se ha demostrado este efecto de desencadenante ha sido en el abuso de cannabis.

Bibliografía

— Castle D. Cannabis and psychosis: what and what?. Med Rep. 2013; 5:1(January):7-10. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3544398/

— Fernández-Artamendi S., Fernández-Hermida JR., Secades-Villa R., García-Portilla P. Cannabis y Salud Mental. Actas Esp Psiquiatr. 2011 39(3): 180-190.

— Rojo Sierra M. Lecciones de Psiquiatría. Tomo I. Valencia: Promolibro; 1984.

22. ¿Qué es la patología dual?

Hablamos de patología dual o diagnóstico dual para referirnos a la situación en la que un individuo presenta, de forma simultánea o sucesiva, problemas de abuso o adicción a una sustancia y, además, otro trastorno mental no relacionado con las sustancias.

El concepto de patología dual implica que se ha generado una nueva patología, que no es la suma de las dos, sino la interacción de ellas. La patología dual tiene una clínica, evolución y tratamiento diferentes, y su pronóstico dependerá de la evolución de cada uno de ellos.

Esta coocurrencia puede explicarse por tres mecanismos (Franco, 2013):

- El consumo de sustancias es la causa o el factor primordial en la aparición del trastorno mental, bien por las alteraciones cerebrales (neuroquímicas, estructurales…) o sociales que el consumo genera.
- El consumo de sustancias es consecuencia del trastorno mental. El paciente consumiría en un intento de compensar o paliar deficiencias o «controlar» síntomas. Además, la existencia de un trastorno mental constituye un factor de vulnerabilidad para desarrollar una adicción de forma más precoz y grave.
- Tanto el trastorno por uso de sustancias como el trastorno mental son expresiones diferentes de un proceso (genético, biológico, neurofisiológico) común.

Desde la perspectiva sanitaria, los sujetos con patología dual tienen mayor gravedad clínica y generan mayores demandas sanitarias: acuden más veces a urgencias, tienen más ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica, tienen más complicaciones y patologías somáticas asociadas y tienen peor respuesta a los tratamientos convencionales, con mayor tasa de suicidio. Desde la perspectiva social son pacientes complejos. Se ha descrito mayor marginalidad, más desempleo y mayor probabilidad de conductas violentas o delictivas (Torrens, 2008).

En las últimas décadas se ha señalado un incremento de esta patología. Algunos autores (Szerman y Martinez-Raga, 2015) han referido prevalencia superior al 50 % entre los pacientes que acuden a los servicios de salud mental. Varios son los motivos que pudieran justificar esta alta tasa. Por una parte, hay un mayor número de consumidores en nuestra población y cada vez se consumen más sustancias capaces de generar psicopatología (cannabis, cocaína…); por otra parte, hay una mayor población de pacientes con trastorno mental que tienen mayor accesibilidad a estas sustancias. La sustitución de un modelo de asistencia asilar por otro basado en la asistencia en la comunidad y la mayor eficacia de los tratamientos han hecho que cada vez sea más elevado el número de pacientes con trastorno mental integrados en la comunidad, lo que tiene como contrapartida que comparten las características del resto de la sociedad, entre ellas, la fácil accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de las sustancias de abuso. No se pude olvidar que las dos condiciones (consumo y presencia de un trastorno mental) establecen una relación de riesgo: la presencia de una de ellas facilita la aparición de la otra.

Los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente se asocian con los trastornos por uso de sustancias son las depresiones, los trastornos de ansiedad, (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, fobia social), trastornos psicóticos (esquizofrenias y trastornos bipolares), trastornos por déficit de atención-hiperactividad y los trastornos de personalidad antisocial y límite. Torrens (2013) señala que es mayor el riesgo de asociación a mayor gravedad del trastorno por uso de sustancia.

Bibliografía

— Franco Fernández, M. D.; ¿Existe la patología dual? En: Medina León A.; Moreno Díaz M. J.; Lillo Roldán R.; Guija Villa J. A.; (Editores). Patología Dual. Aspectos jurídicos y psiquiátricos. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental Madrid: psiquiatria.com. (7-25). 2012.

— Szerman N, Martínez-Raga J. «Editorial», Advances in Dual Diagnosis 2015 Vol. 8 Iss: 2.
— Torrens, M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones, 2008, 20 (4): 315-320.
— Torrens, M.; Rossi, P.; Adicción a sustancias ¿vicio o enfermedad? En: Medina León A.; Moreno Díaz M. J.; Lillo Roldán R.; Guija Villa J. A.; (Editores). Patología Dual. Aspectos jurídicos y psiquiátricos. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental Madrid: psiquiatria.com. (26-29). 2012.

23. ¿Se ha constatado en el ámbito de la psiquiatría forense una mayor nocividad en los últimos años de los derivados de cannabis?

No en nuestro medio, aunque de acuerdo a la bibliografía, faltan estudios al respecto.

Los derivados del cannabis que más alerta producen por posibles efectos perjudiciales sobre la salud son los cannabinoides sintéticos. Señalar que el término «cannabinoide» hace referencia a toda sustancia química, independientemente de su origen o estructura, que se enlaza con los receptores cannabinoides del cuerpo y del cerebro, y que tienen efectos similares a los producidos por la planta *Cannabis sativa L.*

Los cannabinoides sintéticos, son sustancias similares, o completamente diferentes, a los fitocannabinoides (compuestos que aparecen únicamente en la naturaleza en la planta de la especie *Cannabis sativa L.* Se han descubierto ya en torno a 70 fitocannabinoides, siendo el más activo a nivel del sistema nervioso central el Δ9-THC, tetrahidrocannabinol) y los endocannabinoides (producidos por el propio organismo del ser humano y se enlazan a los receptores cannabinoides), pero, a diferencia de ellos, son totalmente sintéticos y creados en laboratorio. Alguno de ellos se comercializa con finalidad terapéutica. Es el ejemplo de la nabilo-

na, principio activo de Cesamet®, medicamento aprobado en países como Estados Unidos, Reino Unido, Suiza o Canadá para el control de las náuseas y los vómitos provocados por la quimioterapia contra el cáncer.

No obstante, los cannabinoides sintéticos que más preocupación sanitaria ocasionan son del tipo JHW-018 y JHW-073 (sintetizados por Huffman JW et al. en 2005 y de ahí el acrónimo). Se han utilizado como ingredientes psicoactivos de *smart drugs* comercializadas como imitaciones de los efectos del cannabis, conocidas por ejemplo con el nombre de *spice* (estos productos se publicitan como una mezcla exótica de incienso aromático y se especifica que no son aptos para uso humano). Aún no se tiene mucha información de cómo afectan a los humanos los cannabinoides sintéticos, aunque han demostrado ser más activos y provocar más ansiedad y pánico en las personas que los fitocannabinoides. Como hemos señalado, las *spices* están provocando preocupación a nivel sanitario aunque no se cuenta con estudios fiables al respecto y su consumo no es relevante en el momento actual. Se venden en Internet como «mezcla de hierbas para fumar» y «euforizante legales».

El término «euforizantes legales» es una fórmula genérica que denota las sustancias psicoactivas (nuevas) pendientes de regulación y que, por lo general, tienen por objeto mimetizar los efectos de las drogas sometidas a fiscalización que se venden libremente en el mercado.

El número de cannabinoides sintéticos detectados por medio del sistema de alerta temprana de la UE sigue aumentando. Se declaró una referencia en 2008, 9 en 2009, 11 en 2010, 23 en 2011, 30 en 2012, 29 en 2013, 30 en 2014 y 25 en 2015; en total, en diciembre de 2015 se habían notificado 160 cannabinoides sintéticos al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

En cuanto a la prevalencia en el consumo, cabe indicar que en general es baja en los países europeos. Según la última encuesta británica sobre la delincuencia para Inglaterra y Gales, que recogía datos de 2014/2015, el 0,9 % de los adultos (de 16 a 59 años)

habían consumido nuevas sustancias psicoactivas en el año anterior, de los cuales el 61 % había usado una mezcla de hierbas para fumar. En España, una encuesta nacional de 2012 sobre el consumo de drogas en estudiantes de 14 a 18 años realizada sobre una muestra de 27.503 personas, detectó igualmente bajos niveles de consumo de productos *spice*, con tasas de prevalencia del 1,4 % para el consumo una vez en la vida, 1,0 % para el consumo en el último año y 0,6 % para el consumo en el último mes, lo que indicaba un ligero incremento respecto a los resultados de la encuesta anterior, de 2010 (1,1 %, 0,8 % y 0,5 % respectivamente). Sin embargo, en la encuesta de 2013 se produjo un descenso: 0,5 %, 0,1 % y 0 % en cada una de las situaciones señaladas. En cuanto a la falta de información fiable así como de estudios, resulta relevante que el informe del EMCDDA 2017 referente a España (con datos de 2015), no recoge este tipo de consumo.

Mustata (2009) señala que los cannabinoides sintéticos ocasionan efectos similares a los del cannabis: enrojecimiento conjuntival, taquicardia, boca seca y alteración del estado de ánimo y de la percepción.

Una revisión sistemática reciente de los efectos adversos relacionados con estos productos reveló que la agitación, las náuseas y una frecuencia cardiaca anormalmente rápida eran síntomas de intoxicación notificados con frecuencia; en cambio, los efectos adversos graves —como ictus, convulsiones, infarto, destrucción del tejido muscular, lesión renal, psicosis y vómitos intensos o prolongados— y la muerte eran menos habituales. Se han notificado asimismo síntomas indicativos de dependencia y abstinencia. En general es complicado calcular la frecuencia de estos efectos adversos debido, entre otros motivos, a que se desconoce el número total de personas expuestas a las drogas.

Una de las características más llamativas de los productos cannabinoides sintéticos es su capacidad de causar brotes de intoxicaciones masivas con hasta cientos de personas afectadas durante un breve periodo. En 2014, el cannabinoide MDMB-FUBINACA se

relacionó con más de 600 personas intoxicadas en Rusia, de las que 15 murieron. En 2015 se registró otro gran brote en Estados Unidos, que aparentemente estuvo relacionado en parte con una sustancia denominada ADB-FUBINACA. Aunque estos tipos de brotes parecen ser raros en Europa, en 2015 se notificaron más de 200 urgencias hospitalarias en menos de una semana después de que las personas afectadas fumaran un producto llamado *Mocarz* en Polonia. A principios de 2016, se detectó esta sustancia en el mercado europeo, lo que activó una alerta de salud pública del EMCDDA a su red de alerta temprana.

En definitiva, lo que revelan los estudios es un consumo no muy extendido así como falta de estudios sobre sus efectos.

Bibliografía

— Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe 2015: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Fecha de consulta: 24 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf

— Mustata C.; Torrens M.; Pardo R.; Pérez C.; the psychonaut web mapping group, Farré, Magi, Spice drugs: los cannabinoides como nuevas drogas de diseño. Adicciones [en linea] 2009, 21 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 24 de junio de 2018] Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122899001 ISSN 0214-4840

— National Institute on drug abuse. Cannabinoides sintéticos (K2/Spice). [Fecha de consulta: 24 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/cannabinoides-sinteticos-k2spice

— Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías. Perspectivas sobre las drogas. Cannabionides sintéticos en Europa. [Fecha de consulta: 24 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2753/Synthetic%20cannabinoids_2016_ES.pdf

24. ¿Qué diferencia existe entre rasgo de personalidad y trastorno de personalidad?

En principio casi ninguna, solo de matiz, pero fundamentales. Desde el punto de vista de la definición, tanto el rasgo de personalidad como el trastorno de personalidad se definen como un patrón estable a través del tiempo y consistente a través de las situaciones, tanto en la forma de percibirse e interpretarse a sí mismo, como su entorno. Igualmente, el patrón estable abarca el comportamiento, las funciones interpersonales y el mundo afectivo exactamente. Todo ello es idéntico para el rasgo de personalidad y para el trastorno de personalidad.

Sin embargo, existen diferencias fundamentales: mientras que el rasgo de personalidad suele caracterizarse por ser una dimensión por la que podemos ser clasificados todos los individuos, el trastorno de personalidad es una categoría en la que solo se pueden encuadrar aquellos individuos que cumplan unos determinados requisitos o síntomas.

Todos los individuos nos caracterizamos por rasgos de personalidad y estos no tienen por qué ser patológicos.

En el trastorno de personalidad ese patrón estable se convierte en inflexible y dominante causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Es patológico y por ello se recoge en las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales (CIE-10 y DSM-5).

25. ¿Qué diferencias existen entre el trastorno límite de personalidad y el trastorno disocial?

A pesar de que comparten características comunes como la impulsividad, la dificultad en las relaciones interpersonales, etcétera. el DSM-5, señala que lo fundamental en el trastorno antisocial de la personalidad es el desprecio hacia los demás y hacia las normas, mientras que en el trastorno límite de personalidad, lo fundamental

sería la inestabilidad emocional a nivel interpersonal y de la propia imagen; el antisocial va contra, el limite pasa.

Por otro lado, el trastorno antisocial de la personalidad es más común en varones, mientras que el trastorno límite de la personalidad tiene una mayor prevalencia en mujeres.

26. Algunos tipos de trastornos como el trastorno de personalidad, el trastorno antisocial (psicopatía), la dependencia a ciertas sustancias, ciertos trastornos en la esfera sexual (parafilias) o el trastorno delirante, ¿son enfermedades mentales?

En primer lugar, habría que diferenciar entre trastornos de personalidad, dentro de los cuales se encontraría el antisocial o psicopatía, la dependencia de sustancias, las parafilias y el trastorno delirante, ya que éste último se encuentra dentro de la esfera de los trastornos psicóticos y, por tanto, se trata de una enfermedad mental que en muchos casos puede afectar a la imputabilidad de la persona. Los trastornos de personalidad en general, y el antisocial en particular, pueden considerarse enfermedades mentales, de hecho así las considera el DSM-5; sin embargo, tienen características específicas como puede observarse en el DSM-IV y CIE-10 que hacen que pueda considerarse al individuo consciente y responsable de su conducta en la mayor parte de las ocasiones. Por otro lado, la dependencia de sustancias, en cuanto se define como «conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto», implica claramente una enfermedad mental ya que el individuo no puede controlar su deseo; por último, las parafilias (trastornos de la inclinación sexual) se pueden considerar enfermedades mentales, aunque el grado de imputabilidad habría que analizarse según cada

caso. De todas maneras, todas constan como patologías en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales, aunque cara a la legislación no todas tienen la misma consideración. Para una mayor claridad se recomienda consultar las cuestiones relacionadas con el tema en este mismo libro.

Bibliografía

— American Psychiatric Association: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 1995.
— American Psychiatric Association: DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid, Panamericana, 2018.
— OMS: CIE-10. Madrid: Panamericana 1994.

27. ¿Qué elementos o circunstancias serían necesarios tener en cuenta para emitir un informe pericial? ¿Qué problemas presenta –desde el punto de vista médico– una pericial que se base exclusivamente en otro informe médico?

El informe pericial dependerá del «objeto de la pericia» solicitado por el juez. El perito (psiquiatra o médico forense) tendrá que poner en relación la posible patología psiquiátrica con un resultado de trascendencia jurídica y cómo este resultado pueda tener relación con la patología diagnosticada. Podríamos decir que en el informe pericial se traduce el trastorno psiquiátrico y la funcionalidad del mismo a la norma jurídica. De este modo, será diferente el informe elaborado en la jurisdicción penal al de la jurisdicción civil o laboral.

Existen dos elementos o circunstancias básicas a considerar:

- Diagnosticar un trastorno psiquiátrico de acuerdo a las clasificaciones internacionales (CIE-10 en el momento actual, aun-

que en breve se espera el CIE 11 o DSM-5) y, sobre todo, determinar la psicopatología (más relevante a nivel judicial que el diagnóstico en sí). El diagnóstico debe realizarse en sentido positivo (existencia del mismo) o negativo (ausencia). Para llegar a un diagnóstico fiable así como a sus consecuencias funcionales, desde el punto de vista ético y deontológico, es necesario el reconocimiento de la persona a peritar.

- Determinar la funcionalidad de la persona peritada en relación a imputabilidad, capacidad de autogobierno o capacidad laboral entre otras, dependiendo de la jurisdicción en que nos encontremos.

Es preciso señalar que dependiendo de la jurisdicción serán importantes otros elementos. Por ejemplo, en penal, de cara a valorar «el momento del hecho», será importante el atestado policial; en civil, de cara al «autogobierno», lo será la información que familiares y especialmente trabajo social pueda aportar.

Finalmente, como hemos mencionado, un informe pericial requiere un trabajo personal del médico para diagnosticar y determinar funcionalidad con el objetivo de relacionarlo con algún resultado de trascendencia jurídica. Al respecto, no es lo mismo una enfermedad crónica que una aguda y hay que hacer las salvedades que corresponden. Entendemos que es un error dar por bueno cualquier tipo de informe médico. Es necesario someterlo a la sana crítica médica para utilizarlo como elemento sobre el cual se sustente el informe pericial. Para ello hay que reconocer a la persona y comprobar que los informes aportados, y la información que éstos recogen corresponden a la persona sobre la que tenemos que informar. Los informes médicos que aportan los propios peritados o la familia nos indican cómo se encontraba en un momento determinado y cuál ha sido la evolución. Son de utilidad, pero no resulta ético basarse en ellos sin el reconocimiento del interesado. No olvidemos que la práctica pericial médica se basa, al igual que el resto de la medicina, en el estudio del paciente de acuerdo a los medios que la *lex artis ad hoc* considera oportunos.

28. ¿Los criterios diagnósticos contenidos en una historia clínica pueden tener elementos suficientes –por sí solos– para realizar una valoración legal de ese sujeto?

No. De acuerdo a la Ley de autonomía del paciente (2002), la historia clínica es «el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial» En ningún momento se hace una valoración legal. Para cumplir este objetivo, es necesario reconocer a la persona y ponerla en relación con la norma jurídica a considerar. Naturalmente, la historia clínica será un elemento importante, pues nos sitúa médicamente ante un paciente, pero no el único; por ejemplo, en la jurisdicción penal, será de trascendencia el atestado policial con la finalidad de situarnos lo más cerca posible del «momento del hecho», ya que recoge datos importantes a través de testigos y de las propias fuerzas y cuerpos de seguridad de cuanto aconteció y en qué circunstancias.

Por otro lado el propio DSM-5 alerta del uso indebido del mismo en el mundo judicial y señala una «declaración cautelar para el empleo forense». El DSM-5 y el CIE-10 (en el momento actual, ya que parece que en breve hablaremos de CIE-11) son clasificaciones internacionales de los trastornos mentales. En concreto, el DSM-5 señala que se trata de una guía clínica para establecer diagnósticos y homogeneizar los criterios de los mismos, pero que en el mundo jurídico son necesarios otros elementos no recogidos en el mismo como es, sobre todo, la funcionalidad de la persona y cómo ésta afecta a las capacidades en las diferentes jurisdicciones.

Por tanto, la historia clínica cumple su función estrictamente en el mundo clínico asistencial y resulta elemento importante, pero no exclusivo para la valoración legal. Para llevar a cabo este objetivo hay que realizar una peritación en la que reconociendo a la persona y contando en su caso con otra información, tal como historia clíni-

ca, atestado, familiares, trabajadores sociales y cuanto información podamos disponer, relacionemos a la persona con una concreta norma jurídica.

Bibliografía

— American Psychiatry Association. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
— 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.

29. Desde el punto de vista médico-pericial, ¿se consideraría necesaria una información jurídica previa del sentido del informe pericial que se va a practicar y de su relevancia en el procedimiento?

Hay que matizar: más que necesaria, podríamos decir que en determinados casos —no en todos—, sería conveniente, especialmente cuando el objeto de la pericia no se ajusta estrictamente a términos habituales como «imputabilidad», «capacidad de conocer o querer», «capacidad de autogobierno» o «capacidad laboral». La comunicación es importante en cualquier aspecto de la vida y, naturalmente, también en la vida profesional. Lo que se pretende es que el informe pericial sirva a quien tiene que tomar decisiones de carácter jurisdiccional; por tanto, cuanto más clara sea la petición de información, más se ajustará a las necesidades de conocimiento en un caso concreto. No podemos olvidar que durante el reconocimiento de la persona a peritar, el médico (psiquiatra o médico forense) pretende no solo diagnosticar y detectar funcionalidad, sino «comprender», —que no justificar—, el funcionamiento psicológico del individuo.

Por otro lado, se da por sobreentendido que lo necesario es dejar meridianamente claro el «objeto de la pericia» sin incidir en «el sentido del informe pericial» ya que éste será el trabajo del perito, basado en la objetividad y en la imparcialidad y sin admitir orientaciones o sugerencias, vengan de donde vengan, salvo las estrictamente técnicas. A estas salvedades, convendría añadir que, para cumplir los criterios de objetividad e imparcialidad señalados, son necesarios por parte del perito dos tipos de conocimientos, los propios de su profesión (médica y psiquiátrica y los jurídicos. Por ello, el perito idóneo para la realización de informes periciales psiquiátricos sería aquél en el que se conjugase formación psiquiátrica, —bien por ser especialista en psiquiatría o bien por ser médico forense con formación específica en esta materia realizada de forma protocolizada y reglada durante al menos dos años—, y formación jurídica con el fin de interpretar adecuadamente las normas y saber adaptar los informes a las necesidades de las mismas. Este aspecto está más desarrollado en la formación del médico forense, siendo necesario profundizar en los casos de especialistas en psiquiatría mediante cursos igualmente protocolizados y reglados.

30. ¿Qué es la prueba pericial psicológica? ¿Cuándo resulta necesaria y pertinente? ¿Qué se podrá acreditar a través de ella? ¿Existe un cierto grado de confusión entre las ciencias de la psiquiatría y la psicología en el ámbito judicial forense? ¿Sería conveniente una actuación interdisciplinar, al menos en ciertos casos?

La prueba pericial psicológica es aquella en la que la persona profesional de la psicología asesora a los tribunales de justica sobre «fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, y relacionales que inciden en la salud y la enfermedad de las personas» con posible trascendencia jurídica. El psicólogo clínico, además, puede informar sobre

la «explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales», si bien en estos casos, con la limitación señalada en las clasificaciones internacionales: la necesidad de exclusión de los efectos psicológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) u otra afección médica. Es decir, sería necesaria la colaboración de un médico para descartar patología somática que haya influido en el trastorno mental.

De lo anteriormente señalado, parece desprenderse de acuerdo a la normativa, que el psicólogo sanitario no puede realizar diagnósticos de trastornos mentales aunque sí el psicólogo clínico con la reserva ya señalada de la exclusión de patología orgánica como factor etiológico determinante de las mismas.

La prueba pericial psicológica es de uso habitual en los juzgados de familia y de menores, así como en casos relacionados con situaciones de maltrato, abuso sexual, dudas sobre la credibilidad de un testimonio o en casos de daño cerebral traumático que precisan de un estudio neuropsicológico.

Concretamente, en los juzgados de familia, en los casos de divorcio contencioso con menores, el informe pericial psicológico valora la competencia o idoneidad parental de los progenitores para el adecuado y correcto desarrollo de sus hijos. Además, evalúa el estado mental de los menores, así como su desarrollo psicoevolutivo, relación de afectividad, habilidades conductuales, y el contexto familiar general. Con las conclusiones obtenidas a partir de esta información, el juez podrá estar en mejor disposición para establecer la guarda y custodia de los menores y el régimen de visita de los progenitores.

Por otro lado, ante un caso de una situación de maltrato psicológico en un posible delito de violencia de género, la pericial psicológica valorará si existen indicios de daño o secuelas de alteraciones comportamentales en la víctima, y buscará si éstos son compatibles con los hechos denunciados. Por su parte, estudiará el perfil psicológico del acusado para comprender si también puede ser congruente con los hechos. Como hemos señalado, el

psicólogo clínico, además, podrá determinar la existencia o no de trastornos mentales con la salvedad de la necesidad de exclusión de causa médica.

Dado que el objeto de la psiquiatría y la psicología es la salud psíquica, es lógico que se produzcan confusiones, y no solo en el mundo judicial, acerca del campo de actuación de cada una; máxime si, como hemos señalado, en el campo de la psicología es preciso distinguir entre la capacitación del psicólogo clínico y del psicólogo sanitario.

Desde la práctica pericial judicial los profesionales deben tener claro que su campo de actuación es diferente. Si bien, como en cualquier actuación profesional, la colaboración en determinados casos puede resultar útil para el buen fin de la pericia. Por ejemplo, no es de extrañar que el psicólogo de los juzgados de familia o de menores solicite ayuda al psiquiatra forense o al médico forense para descartar patología psiquiátrica de fondo, o bien que el psiquiatra o médico forense solicite colaboración del psicólogo para pasar alguna prueba que ayude a arrojar luz sobre aspectos de la personalidad de una determinada persona.

Bibliografía

— American Psychiatry Association. Manual diagnostico y estadístico de los trastorno mentales (DSM-5). Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
— Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Master en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario.
— Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio del Ministerio de Sanidad y Política Social, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.

31. ¿Puede darse en un informe psiquiátrico un pronóstico de conducta de la persona examinada?

En determinados casos sí pero siempre hablando en términos de probabilidad y concretando salvedades. En una persona sin trastorno psiquiátrico podemos establecer cuál es la pauta habitual de comportamiento ante situaciones habituales. Más difícil resultará dar un pronóstico ante situaciones estresantes ya que ello va en función de su personalidad y su comportamiento habitual en la vida ante este tipo de incidencias. No obstante, lo habitual es que la persona responda del mismo modo ante situaciones vitales estresante de forma tal que tiendan a repetirse. Sin embargo, cuando las circunstancias cambian (enfermedad, acontecimientos vitales estresante no habituales, etcétera), es posible que la conducta se modifique dentro de un determinado marco. Nadie es permanentemente estable a lo largo de la vida y vamos cambiando conforme varían nuestras circunstancias: edad, familia, trabajo, responsabilidades, etcétera. Parafraseando a Ortega y Gasset, el hombre es él y sus circunstancias.

La persona con enfermedad mental está sometida a las mismas variables ya señaladas pero con el añadido de la psicopatología. Si ésta es de suficiente intensidad y escasamente modificable por el tratamiento, ya sea psicofarmacológico y/o psicoterapéutico, podemos determinar una alta probabilidad de repetición de conductas que le están caracterizando en un determinado momento. Así, está demostrado que lo mejores predictores de repetición de conductas violentas en un paciente con trastorno mental grave (TMG) son: antecedentes de conducta violenta, consumo de sustancias tóxicas y escasa adherencia al tratamiento. De este modo, la persona con TMG que ya ha realizado un acto violento en su vida, tiene más probabilidad de repetirlo, especialmente en períodos de descompensación psicopatológica (normalmente por escasa adherencia al tratamiento) y si existe consumo de sustancias comórbido.

Los enfermos mentales no son en sus actos del todo imprevisibles, en el sentido de que sus comportamientos y, más aún los que entrañan

violencia, pueden ser presumidos con antelación por la sintomatología previa que exhiben: la constatación de ideas delirantes, alucinaciones acompañantes, lenguaje incoherente, conducta desorganizada, falta e inadecuación de su expresividad emocional, descuido personal en vestimenta y limpieza, así como la disminución o abandono de la actividad laboral, entre otros.

Aparte de la clínica, tenemos instrumentos. Tal vez, de los más aplicados para análisis y valoración del riesgo de comisión de nuevas actividades delictivas, ideado para su aplicación en el ámbito psiquiátrico-forense y penitenciario, con un uso cada vez más extendido en España, es el HCR-20 *Violence Risk Assessment Scheme*.

Bibliografía

— Lillo Roldán R. Procedencia de las medidas cautelares en casos de peligrosidad. Análisis psiquiátrico de la trascendencia de la detención, la prisión provisional y las medidas de alejamiento en casos de investigados con trastorno mental. Propuestas alternativas. En: Trastornos mentales y Justicia Penal. Director: Ignacio Flores Prada. Coordinadora: Ana Sánchez Rubio. Ed. Aranzadi. 2017.

32. ¿Qué pautas deben seguirse en una exploración judicial para abordar el enfermo psíquico? ¿Qué debemos hacer en el curso de una entrevista con un enfermo mental si éste adopta una actitud agresiva, ofensiva o altamente suspicaz? ¿Qué preguntas deben ser realizadas y cuáles evitadas?

Lo primero, no ser realizada de forma aislada por el juez y segundo, seguir las recomendaciones del especialista en psiquiatría en caso de encontrarse en Unidad de Hospitalización Breve

(internamientos) o del médico forense en las modificaciones de la capacidad. Hay que tener en consideración que nos encontramos ante una persona con trastorno mental y que por tanto hay que despojarse de actitudes preconcebidas o reticentes hacia este tipo de pacientes que faciliten la estigmatización. El saludo y la cordialidad, como con cualquier otro paciente, deben presidir la actuación.

Si el paciente por su psicopatología se encuentra inabordable o especialmente agresivo, lo recomendable es dejarlo para ulterior momento. Nunca tratar hacer de médico ni de terapeuta; la exploración judicial es otra cosa. No tratar de discutir la posible ideación alucinatoria o delirante así como tampoco aceptar por bueno todo lo que llega por parte del paciente. Finalmente, evitar expresiones que hagan creer al paciente que se le está reafirmando en su temática psicopatológica;. «eso le pasa a mucha gente»; «a mí también me ha pasado en alguna ocasión»…

33. Pese al carácter jurisdiccional de la ejecución de las penas a través de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, ¿existe la sensación de ausencia de comunicación fluida entre los psiquiatras que trabajan en el ámbito penitenciario y los magistrados/as? Si esto fuera así, ¿sería conveniente, con una dotación de medios y personal adecuado, una mayor intervención de las Clínicas forenses?

Habría que matizar situaciones. Señalar, que en el ámbito penitenciario lo normal es que no trabajen psiquiatras. Habitualmente, las personas que se encuentran ingresadas en prisión y necesitan asistencia psiquiátrica son atendidas en primer lugar por los propios servicios médicos de la prisión y en caso de necesitar asistencia especializada, será el equipo de salud mental de referencia perteneciente a

la Consejería de Salud de la comunidad autónoma correspondiente quien intervenga. Dependiendo del convenio existente, es posible que los psiquiatras se desplacen a la prisión para pasar consulta cada cierto tiempo. En estos casos la comunicación entre psiquiatras y juez de vigilancia penitenciaria normalmente no existe. De producirse cualquier incidencia, habitualmente quejas elevadas por el interno al juzgado de vigilancia, se resuelven los asuntos por escrito solicitando información a la dirección del centro y este a su vez la recaba de quien estime conveniente para dar adecuada respuesta.

Otro caso diferente es el de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Recordemos que solo existen dos: Fontcalent (Alicante) y Sevilla, con importante carencia de psiquiatras, especialmente el segundo. Al igual que lo señalado anteriormente, las quejas de los internos se resuelven por escrito, solicitándose desde el juzgado la información que se estime necesaria al director del hospital psiquiátrico penitenciario y recabándolo éste de los servicios médicos, en este caso especialistas en psiquiatría.

Por tanto, existe comunicación en aras a informar y resolver las quejas e incidencias que presentan los internos con patología psiquiátrica. La cuestión es si el método que se sigue habitualmente en la Administración (el papel escrito), en detrimento del intercambio verbal de opiniones como sucede en el ámbito médico, es el idóneo para estos casos. Como médicos, entendemos que la comunicación verbal es clarificadora las más de las veces.

No obstante lo anterior, sí es cierto que en ocasiones se solicita informe pericial al médico forense sobre algún asunto de persona que se encuentre internada en prisión. En estos casos, como mecanismo habitual de la Administración, se utiliza el oficio escrito y la solicitud de información, también escrita a los servicios médicos de la prisión. Entendemos que, aunque este sistema sigue siendo absolutamente necesario, sí sería conveniente para una mejor concepción de la situación de un interno en un momento determinado, la facilidad de comunicación verbal entre médicos. Toda información es poca para realizar un buen informe.

34. ¿Estiman necesaria, imprescindible, la existencia de al menos un forense especialista en psiquiatría en las clínicas forenses de la Administración de Justicia?

Si. Resulta absolutamente necesario. Es más, sería necesario un servicio o sección de psiquiatría forense (según la dimensión del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, IML y CF correspondiente), adecuadamente dotado en cuanto a personal formado en psiquiatría, en el que se llevasen a cabo todas las actuaciones periciales relacionadas con la psiquiatría, de cualquier jurisdicción. En un momento en el que la medicina se encuentra altamente especializada, es difícil pensar que un médico forense puede dominar ramas tan dispares de la medicina como la patología forense, la valoración del daño corporal, con lo que conlleva de formación en gran parte de la patología médica y de la cirugía además de la radiología y, para finalizar, dominar también el campo de la psiquiatría.

Consideramos que tanto por razones cuantitativas —entre el 30-40 % de la actividad clínica de un IML y CF se encuentra relacionada con la pericial psiquiátrica— como cualitativas —la especificidad de la psiquiatría que la hace diferente al resto de la medicina en cuanto a su método propio para detección de sintomatología (psicopatología) en aras a establecer diagnósticos y su repercusión funcional en las diferentes jurisdicciones— son necesarios los servicios/secciones de psiquiatría forense. En ellos deben desarrollar su actividad médicos forenses capacitados en psiquiatría y sería deseable que al menos uno fuese, además de médico forense, especialista en psiquiatría. Ello garantizaría actividad pericial, docente e investigadora (como recoge el artículo 479 de la Ley Orgánica 6/1985 del Poder Judicial, modificado por Ley Orgánica 7/2015 de 21 de julio) en materia específicamente psiquiátrica con la mejora de la calidad que es la aspiración de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, al igual que el resto de la Administración de Justicia.

El reglamento de los Institutos de Medicina Legal ya prevé la posibilidad de establecer nuevos servicios además de los que en su momento se crearon (patología forense y clínica forense). Igualmente, la modificación del artículo 479 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

Bibliografía

— Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. Artículo 479.
— Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.

35. ¿Qué actuaciones serían oportunas para evitar la estigmatización social del enfermo psíquico?

El estigma es cualquier condición, atributo, rasgo o comportamiento del portador como algo «culturalmente inaceptable» e inferior, que conlleva sentimientos de vergüenza, culpa y humillación («un atributo profundamente devaluado que degrada a la persona portadora del mismo») (Goffman, 2006). El proceso de estigmatización se pone de manifiesto a través de tres aspectos del comportamiento social que van unidos y se refuerzan entre sí:

- Los estereotipos (la peligrosidad, la incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, la incurabilidad y la impredecibilidad de su carácter).
- Los prejuicios (construcción colectiva en la que se acepta la característica señalada como indeseable).
- La discriminación (reacción conductual ante los prejuicios) que aparece en el momento en que se institucionaliza la exclusión de las personas que llevan el estigma. En sí misma implica una negación de los derechos de las personas.

Por tanto sería necesario trabajar a cualquier nivel, incluida la Administración de Justicia, sobre estos aspectos.

Las personas con enfermedades mentales con frecuencia experimentan procesos de estigmatización que influyen negativamente sobre su bienestar, recuperación e integración social así como en el ámbito jurídico.

En general, las diferentes intervenciones para reducir el estigma se dirigen hacia: personas con enfermedad mental; familiares; profesionales de atención directa; población general y grupos diana; medios de comunicación; acciones combinadas dirigidas a distintos grupos. En cuanto a las acciones dirigidas a población general y grupos diana las que mejores resultado han obtenido son las dirigidas a la educación y al contacto.

- Las acciones educativas intentan reemplazar los estereotipos sobre la enfermedad mental por información basada en datos. Se trata de proporcionar información y formación que contribuya a derribar los mitos sobre enfermedad mental. Se han realizado con diferentes grupos diana: escolares, universitarios, policías y equipos de intervención en crisis, empresarios y trabajadores o profesionales del sistema de justica. Para obtener éxito, los contenidos educativos deben adecuarse al grupo diana al que van dirigidos, y a sus correspondientes actitudes y conductas.
- El contacto directo con miembros del grupo estigmatizado pero siempre con una serie de condiciones: contacto focalizado hacia grupos diana; su efectividad es mayor si se realiza a nivel local; debe desarrollarse de forma continuada en el tiempo; y la persona de contacto ha de tener credibilidad para el grupo diana. Al contrario que en la anterior estrategia, ésta parece ser más útil para disminución del estigma en población adulta.

En el ámbito judicial, especialmente penal, sería interesante incidir en la formación de los diferentes operadores jurídicos y de las fuerzas y cuerpos de seguridad con el objetivo de entender que la persona

con enfermedad mental es ante todo eso, un enfermo que como consecuencia de su psicopatología puede realizar un acto de delictivo (no a la inversa); por lo tanto, vulnerable y con especial necesidad de protección. Desde la psiquiatría entendemos que una persona con estas características que, por ejemplo, se encuentra en mitad de una calle sorteando los vehículos e insultando a conductores y viandantes, debe ser trasladado al hospital y posteriormente ya se realizarán las actuaciones judiciales pertinentes. Sería conveniente que, además de la formación necesaria en operadores jurídicos fuerzas y cuerpos de seguridad, se habilitasen protocolos de actuación al igual que en otras situaciones como la violencia de género.

Por su relevancia, hay que señalar el Manifiesto de Oviedo de 2011 contra el estigma en Salud Mental realizados por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), en el marco del XV Congreso Nacional de Psiquiatría llevado a cabo en esa ciudad, en consonancia con la Estrategia en Salud Mental 2009-2013 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que manifestaba como uno de sus objetivos generales, en el punto 3: «Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales».

Así, realiza, entre otras, las siguientes aseveraciones:

«Un inadecuado tratamiento mediático, el desconocimiento de que se tratan de trastornos relacionados con un funcionamiento anormal del cerebro, la evolución a veces imprevisible, el tabú del suicidio y sobre todo el miedo a la violencia, siempre magnificada, provocan un aislamiento social inmerecido y perjudicial.

Que la peligrosidad y relación con actos violentos de la persona con enfermedad mental no es la norma habitual en su comportamiento y han de considerarse, tal y como son, hechos aislados.

Que padecer una enfermedad mental no es sinónimo de incompetencia o incapacidad para desarrollar las tareas básicas de la vida.

Que romper los tabúes de la enfermedad y hacer comprender que cada persona es un enfermo diferente puede ayudar a que se les vea de otra forma desde todos los ámbitos de la sociedad.

Que se deben erradicar los términos ofensivos, imprecisos, inadecuados que generan confusión, alarma y recelo.

Que los medios de comunicación pueden ayudar a la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental

Finalmente, deseamos que desaparezca por completo todo tipo de discriminación, consciente o no, con la convicción de que sumado a los avances en los tratamientos y a los cada vez mejores conocimientos profesionales, será pilar fundamental para la normalización de muchas personas que hoy sufren problemas de salud mental».

Bibliografía

— Goffman E.; Estigma: la identidad deteriorada. Amorrotu Editores; 2006.
— La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. Muñoz A.; Guillén A.I., Pérez-Santos E.;. Rehabilitación Psicosocial 2013; 10 (2): 10-19.

B

Derecho Civil

B.1. INTERNAMIENTO

Carlos Eloy Ferreirós Marcos[1]; María Dolores Franco Fernández[2]; Carlos Ganzenmüller Roig[3]; Nuria López-Mora González[4]; Inmaculada Palau Benlloch[5]; Fernando Santos Urbaneja[6]

1. ¿Existen criterios médicos para indicar el ingreso involuntario urgente? ¿La existencia de cualquier trastorno mental es susceptible de requerir el ingreso en una unidad de hospitalización breve?

Indicar el ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización breve de salud mental es una decisión delicada que precisa, por parte del psiquiatra que la realiza, no solo conocimientos sino también capacidades de evaluación y reflexión.

[1] Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante.
[2] Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena.
[3] Fiscal. Fiscalía del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil.
[4] Fiscal. Fiscalía Provincial de Madrid.
[5] Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante.
[6] Fiscal. Fiscalía Provincial de Córdoba.

El ingreso en una unidad de salud mental requerirá, pues, una valoración clínica que lo indique como medida terapéutica adecuada, salvo en los casos que se produzca por orden judicial dictada en causa penal. Hay que dejar claro que no existe un catálogo de trastornos mentales que requieran ingreso involuntario urgente. Cualquier trastorno mental puede precisar esta medida si:

- El paciente presenta una enfermedad mental que requiere tratamiento inmediato.
- El citado tratamiento solo puede ser realizado en régimen de hospitalización.
- El ingreso se efectúa en beneficio del paciente y/o en aras de proteger a terceras personas.
- No existe la posibilidad de tratamiento ambulatorio.

La indicación de ingreso no emana directamente del diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica del paciente, sino de un complejo análisis de numerosos factores: el estado mental actual, la severidad y gravedad de éste, la presencia de alguna situación de riesgo, el análisis de la demanda (por qué y para qué se produce la consulta), la consideración de si el entorno familiar y social del paciente tiene capacidad de contenerlo o la valoración de si existe otra alternativa real y más adecuada de ser tratado en otros dispositivos (y de los recursos disponibles en la unidad). No existe, pues, una indicación única y universal que determine el ingreso de un paciente, sino una ponderación de tres órdenes de factores: la psicopatología presente del paciente, sus circunstancias sociofamiliares y una evaluación de los recursos disponibles que permita determinar que el ingreso en la unidad es la medida terapéutica más adecuada.

Una vez realizadas estas consideraciones, el ingreso del paciente se indica con los siguientes objetivos:

- Garantizar el diagnóstico adecuado del paciente en los casos de pacientes que han iniciado recientemente los síntomas, cuando

existen dudas diagnósticas o cuando se sospecha la presencia de patología somática intercurrente.

- Garantizar el tratamiento adecuado del paciente en casos de trastornos mentales graves descompensados, sin conciencia de enfermedad, que no siguen los tratamientos indicados o que no tienen una adecuada respuesta a tratamiento, precisam cambios en el régimen terapéutico y se considera el entorno de la hospitalización como el más adecuado para realizarlos. También en este supuesto se encontrarían los pacientes que presentan, además de su patología mental, otra patología comórbida que dificulta o complica la instauración de tratamientos, por su naturaleza, complejos.
- Garantizar la seguridad del paciente o de su entorno porque, como consecuencia de su descompensación psicopatológica, presenta alteraciones comportamentales severas que ponen en riesgo su seguridad física (caso de ideas o intentos suicidas o de las conductas autolesivas), psicológica o social o implican riesgo para su entorno más cercano (como es el caso de las conductas heteroagresivas).
- Proporcionar al paciente tratamiento específico que requiere vigilancia intensiva o que solo se puede aplicarse en condiciones de ingreso hospitalario (como en el caso de la aplicación de terapia electroconvulsiva).
- Garantizar el tratamiento a los pacientes más vulnerables y comprometidos por su patología en casos de pérdida brusca del soporte sociofamiliar.

Bibliografía

— Boletín Oficial de la Junta de Andalucía BOJA. Boletín número 33 de 24/4/1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. RESOLUCIÓN de 18 de abril de 1990, del Servicio Andaluz de Salud, y del Instituto Andaluz de Salud Mental, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

— Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Protocolo de actuación para ingreso involuntario en unidades de psiquiatría. Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/docs/protocoloingresosinvoluntarios_cas.pdf [Fecha de consulta: 4 de julio de 2018].
— Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información de Atención Primaria. SIAP. [Fecha de consulta: 4 de julio de 2018]. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm
— Núñez, M.; Guija, J.A.; Franco, M.D.; Giner, L. Aspectos psiquiátricos y jurídicos del tratamiento involuntario. En: Medina A.; Moreno M.J.; Lillo R.; Guija J.A. Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Psiquiatría.com. (145-161). 2016.

2. ¿Qué debemos entender, desde el punto de vista científico, por el trastorno psíquico a que se refiere el art. 763 LEC para autorizar un internamiento psiquiátrico?

El concepto que subyace bajo «trastorno psíquico» del art. 763 de la LEC no se corresponde con una sola enfermedad o trastorno específico, sino que se refiere a un estado mental que puede aparecer en varios y heterogéneos trastornos psiquiátricos que comparten la perturbación en las capacidades del sujeto para la toma de decisiones sanitarias; es decir, aquellas que influyen en la propia salud.

La actividad asistencial está regida por la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002 del 14 de noviembre), cuyo artículo 2 establece como eje el respeto a la autonomía de la voluntad y a la intimidad del paciente y señala el requerimiento del consentimiento libre, voluntario y consciente del paciente con la intervención que afecta a su salud. El problema surge cuando el paciente tiene perturbadas su voluntad y su conciencia, como ocurre, en algu-

nos casos de forma permanente y en otros temporal, en numerosos trastornos mentales. En esos casos, deberá recurrirse a una sustitución en la toma de decisiones. Esta toma de decisiones por el paciente solo se podrá hacer sobre la base de los resultados de la valoración del estado mental, realizada, en ese momento, de ese paciente concreto. La presencia de un diagnóstico psiquiátrico *per se* no lo podrá justificar.

Esta valoración de la capacidad sobre la toma de decisiones sanitarias debe establecerse en razón de la funcionalidad de las capacidades psicológicas que la sustenta. Se valora la capacidad de la persona de conocer (que incluye un conocimiento de causa) y querer, lo que requiere la participación de numerosas funciones psicológicas. Como indica Guija (2013), Appelbaum y Grisso señalaron como básicas la capacidad para comprender la información relevante, la de de apreciar la importancia de su situación clínica, la integridad de la capacidad de razonamiento —que le permite asimilar la información recibida y llegar a conclusiones— y la capacidad para expresar dichas decisiones.

En muchos trastornos mentales graves, tanto la capacidad de conocer como la voluntad pueden estar afectadas. La capacidad de conocer incluye el conocimiento de sí mismo y de su enfermedad (lo que se denomina como conciencia de enfermedad) y requiere integridad de funciones tan diversas como la conciencia, inteligencia, razonamiento, memoria y otras funciones cognitivas. En relación con la voluntad, los pacientes descompensados se conducen dirigidos por las alteraciones de las funciones psíquicas que presentan, por lo que dudosamente podemos pensar que se estén guiando por su mera voluntad.

La funcionalidad de todas estas capacidades debe establecerse, lo que se hace a través de una cuidadosa anamnesis y exploración psicopatológica, realizadas en el marco de la entrevista diagnóstica.

Sin embargo, la pérdida de la capacidad en la toma de decisiones no es siempre una condición permanente. Hay trastornos mentales

orgánicos persistentes que implican alteraciones estructurales del sistema nervioso central (como es el caso de las demencias degenerativas no reversibles o de las deficiencias mentales severas) en las que la afectación de las funciones psíquicas es clara y estable en el tiempo. En otros casos, como son los trastornos mentales graves (psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolares…) que cursan con síntomas psicóticos (alucinaciones o delirio, por ejemplo) o con profundas alteraciones del estado de ánimo, la perturbación que generan determina afectación funcional de las capacidades sobre las que se sostienen el entendimiento y la voluntad. No obstante, ese mismo paciente, con el mismo diagnóstico, si se encuentra compensado, podría no tener mermadas sus capacidades para la toma de decisiones sanitarias. Por esto es fundamental no reducir la valoración del sujeto a una etiqueta diagnóstica, antes bien estudiar su estado mental en el momento en el que se requiere la intervención.

En otras patologías, como las adicciones o los trastornos del control de impulsos, la alteración primaria radica en la afectación de la voluntad, no del entendimiento. En estos casos, se requiere una cuidadosa valoración para determinar el grado de perturbación de la voluntad, muy variable de un paciente a otro, y del efecto que pueda ejercer sobre la toma de decisiones sanitarias.

Bibliografía

— Appelbaum, P.S.; Grisso, T. Assessing patient's capacities to consent to treatment. New England Journal of Medicine; 1989. 319 (25).

— Guija J.A., Núñez M., Giner L., Antequera T., Franco M.D. La Voluntad: aproximación desde la perspectiva médico-legal. Foro Justicia y Discapacidad. Consejo General del Poder Judicial; 2012.

— Guija Villa, J. La capacidad en la toma de decisiones. Aspectos psiquiátrico-forenses. En: Voluntad, Capacidad y Autonomía de la persona en el mundo actual. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2015. 32-42.

— Lázaro, J; Baca, E. Hechos y Valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela, 2003.

3. Desde el punto de vista médico, ¿cuándo se estima que el paciente carece de las habilidades necesarias para consentir el tratamiento? ¿Existen situaciones intermedias? ¿La conformidad con las indicaciones del médico se utiliza, en ocasiones, como criterio para medir la capacidad de decisión?

Las cuestiones relativas a las capacidades del paciente para elegir o consentir su tratamiento e ingreso son delicadas e implican una especial consideración profesional y ética en el manejo de personas con trastorno mental.

Tratar a un paciente en contra de su voluntad es una decisión que parece clara en algunas situaciones: si tiene gravemente perturbadas sus funciones intelectuales o cuando se trata de un menor en las circunstancias señaladas en la ley. También si la opción de no tratar supone un grave riesgo para los demás. El problema surge, como señala Baca (2002), ante el caso de un adulto consciente, inteligente, que requiere tratamiento no para proteger a los demás, sino para protegerse a sí mismo.

En muchas ocasiones, aun en cuadros graves y perturbadores, el paciente puede mostrar su conformidad con el ingreso. Sin embargo, la consideración del ingreso como involuntario no debe sustentarse sobre esta conformidad (que suele ser, por otra parte, una conformidad bastante evanescente), sino que debe establecerse en función de la valoración de si el paciente se encuentra capacitado para tomar una decisión, en relación con su salud y bienestar. Dicha decisión deberá ser libre y racional; es decir, establecida sobre la coherencia, el entendimiento y la capacidad de deliberación.

Siguiendo de nuevo a Baca (2002), es fácil establecer el juicio de la capacitación del paciente cuando éste tiene afectadas las funciones orgánicas cerebrales (como en el caso de las demencias, o de los cuadros confusionales), y por tanto fallan claramente los sustentos de una elección racional. La situación se complica en casos de trastorno afectivo grave o ante cuadros delirantes en los que no existe lesión o fallo orgánico relacionado con la patología pero sí una condición o estado que compromete el funcionamiento del pensamiento libre y racional. Entonces el principio de beneficencia del paciente prevalece sobre el de autonomía.

Los casos más complejos, los que se mueven en zonas más confusas, son los trastornos mentales en los que las capacidades de entendimiento están perturbadas por la motivación, como ocurre en las adicciones o en los trastornos de personalidad. En estos casos se requiere una valoración en cada momento y en cada situación concreta que determine la intensidad de la perturbación y permita tomar la decisión correcta.

Bibliografía

— Appelbaum, P.S.; Grisso, T. Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment. NJoEM; 1989. 319 (25).

— Guija J.A., Núñez M., Giner L., Antequera T., Franco M.D. La Voluntad: aproximación desde la perspectiva médico-legal. Foro Justicia y Discapacidad. Consejo General del Poder Judicial; 2012.

— Guija Villa, J. La capacidad en la toma de decisiones. Aspectos psiquiátrico-forenses. En: Voluntad, Capacidad y Autonomía de la persona en el mundo actual. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2015 32-42.

— Lázaro, J; Baca, E. Hechos y Valores en Psiquiatría. Madrid: Triacastela, 2003.

4. En el caso de una enfermedad neurológica degenerativa, ¿puede hablarse de un trastorno psíquico a los efectos de autorizar el internamiento del paciente?¿Sería un internamiento psiquiátrico o residencial?

Es un tema que en el momento actual genera importante controversia a nivel judicial, no así desde la perspectiva psiquiátrica.

Los trastornos degenerativos a los que refiere la pregunta aluden a los deterioros cognitivos severos, normalmente por demencia, que motivan el ingreso en residencia de personas mayores cuando la familia se encuentra desbordada en la atención a los mismos o la persona carece de familia o de alguien que se haga cargo de la situación. Por tanto, de la simple explicación de las razones por las que se ingresan a estas personas, se deduce que el internamiento no viene motivado por una causa psíquica con la finalidad de proceder a su tratamiento y obtener una posible mejoría, sino para realizar unos cuidados que la persona es incapaz de llevar a cabo por sí misma. En estos casos hablaríamos de ingresos residenciales cuya finalidad es puramente asistencial, esto es, de delegación o provisión de atención y cuidado del bienestar básico de la persona: higiene, alimentación, deambulación, compañía, rehabilitación etc.; distinto son los casos de ingreso o internamiento de un paciente con patología psiquiátrica, indicado para su tratamiento y posible mejoría.

Desde la perspectiva estrictamente psiquiátrica, sería deseable que cuando la persona mayor no tiene capacidad suficiente como para consentir el ingreso, se arbitrase una legislación específica (algunas comunidades autónomas como Andalucía disponen de ella (LEY 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, concretamente articulo 45) evitando el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que parece reservado para casos de personas con enfermedad mental que requieren ingreso para tratamiento de su padecimiento y alta posterior tras una evolución positiva del mismo.

Es cierto que en los trastornos degenerativos se produce afectación de funciones psíquicas, especialmente las cognoscitivas, pero a diferencia del trastorno mental, estas personas son ingresadas para cuidado integral y no para recibir tratamiento con fin curativo, sino que este es un aspecto más dentro de la atención integral del cuidado.

5. En relación al trastorno mental, ¿qué tipos de dispositivos para tratamiento en régimen de internamiento existen en la actualidad?

Hay que puntualizar que, aunque toda la asistencia a los problemas de salud mental en España se sostiene sobre el mismo modelo conceptual y asistencial (el modelo comunitario, basado en el tratamiento del paciente desde y en la comunidad), cada comunidad autónoma ha desarrollado sus recursos con variaciones. Pasaremos a describir los recursos más comunes y algunos más específicos.

- Unidades de hospitalización (breves o de agudos) de salud mental: son unidades que proporcionan asistencia en casos de descompensaciones o de situaciones agudas. Habitualmente se encuentran ubicadas en hospitales generales, aunque algunas se localizan dentro de hospitales psiquiátricos o de recursos asistenciales sociosanitarios. Su régimen de hospitalización es completo y de una duración corta
- Comunidades terapéuticas de salud mental: asisten a pacientes con trastorno mental grave (psicosis, trastorno afectivo bipolar) y con importante clínica que requieren atención especializada de salud mental. Suelen tener régimen de hospitalización completa, aunque pueden ofrecer también programas de hospitalización parcial. Los programas terapéuticos diseñados para estos pacientes requieren una estancia prolongada, aunque habitualmente no superan el año de hospitalización.

- Servicios de hospitalización de media y larga estancia: orientados a pacientes con trastornos mentales graves y de evolución crónica, con severidad clínica y perturbación de su funcionamiento, que precisan se les preste una atención sanitaria así como intervenciones intensivas de orientación rehabilitadora durante largos periodos de internamiento.

Algunas comunidades autónomas han desarrollado recursos asistenciales específicos para determinadas patologías o para determinados grupos de edad, como pueden ser:

- Unidades gerontopsiquiátricas: destinadas a pacientes mayores (habitualmente, más de 65 años) con patología psiquiátrica severa y perturbaciones en su funcionamiento que comprometen su autonomía. La complejidad de la psiquiatría geriátrica, su alta comorbilidad con otros problemas médicos y el hecho de asentar en un organismo frágil justifican la existencia de estas unidades.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil (UHP-IJ): son los dispositivos asistenciales específicos para el tratamiento intensivo de niños y adolescentes. Ofrecen observación, diagnóstico y tratamiento en menores de 18 años con patología psiquiátrica que requieren tratamiento en régimen de hospitalización o un periodo de observación para valoración diagnóstica o ajuste de tratamiento.
- Unidades de trastornos de la personalidad: orientadas a pacientes con este complejo diagnóstico que requieran un ingreso cerrado de duración limitada (suele ser inferior a tres meses) para la aplicación de un programa terapéutico multidisciplinar e intensivo.
- Unidades de hospitalización de trastorno de conducta alimentaria: ofrecen hospitalización total y parcial a pacientes con estos trastornos que se encuentren en situación de riesgo y les proporcionan valoración y tratamiento médico-biológico, psiquiátrico y psicológico.

En aquellas comunidades autónomas que tienen integrada dentro de la red asistencial sanitaria la atención a la patología por uso de sustancias, suelen existir recursos específicos de hospitalización de estos pacientes, como son:

- Unidades de hospitalización de patología dual: atienden a pacientes con doble diagnóstico (trastorno por uso de sustancias más trastorno mental) que se encuentran en situación de descompensación psicopatológica o que presentan alteraciones comportamentales severas que comprometen su seguridad o la de su entorno.
- Unidades de desintoxicación, en las que se lleva a cabo el tratamiento de desintoxicación de diferentes sustancias, además de otras intervenciones médicas y psicosociales. Se realiza en régimen de hospitalización completa y de duración breve, y se indica cuando se valora que la desintoxicación ambulatoria no es posible.
- Comunidades terapéuticas de drogas: asistencia en régimen de ingreso de larga estancia a pacientes con problemas de dependencia al alcohol y/o sustancias para abordar la deshabituación y la rehabilitación.

Bibliografía

— Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información de Atención Primaria. SIAP. [Fecha de consulta: 4 de julio de 2018]. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm

— Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Fecha de consulta: 5 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/EvaluacinEstrategiaSaludMental-2010.pdf

6. ¿Qué objetivos tratan de lograrse con cada tipo de ingreso?

Todo ingreso debe tener identificado un objetivo. El ingreso solo debe indicarse si existen expectativas razonables de mejoría notable en el curso de una patología y evidencias que dicha mejoría solo es posible con recursos hospitalarios.

Establecer los objetivos concretos a alcanzar para un paciente es una tarea personalizada que se define en los primeros contactos del terapeuta con el paciente y tras el ingreso. Los objetivos son, pues, individuales y se establecen para un tiempo y contexto determinados.

Hecha esta puntualización, de forma más general, podemos señalar como objetivos generales:

- En las unidades de hospitalización breve el objetivo es la obtención de un correcto diagnóstico (si no lo tuviera) psiquiátrico, psicopatológico, de personalidad y social, así como la consecución de una una estabilización clínica que permita al paciente integrarse en su medio familiar, social y laboral. Al mismo tiempo, se facilita la continuidad de cuidados para que el paciente prosiga con su tratamiento a nivel ambulatorio tras el alta. Si debido a las características del cuadro clínico, la estabilización del paciente y su reintegración no fueran posibles, desde las unidades de hospitalización debería realizarse la derivación del paciente a otro dispositivo asistencial más acorde a sus necesidades.
- Los objetivos de la comunidad terapéutica de salud mental buscan la estabilización clínica del paciente mediante intervenciones multidisciplinares y tienen una importante orientación hacia la rehabilitación, con el fin de poder alcanzar una adecuada reinserción familiar, social y laboral.
- Las unidades de media y larga estancia acogen a pacientes con trastornos mentales graves que presentan síntomas severos y persistentes en el tiempo, de carácter crónico, comprometidos

a nivel funcional y que presentan dificultades considerables en la integración. Los objetivos de la hospitalización o ingreso están orientados al control de los síntomas, a la activación de programas rehabilitadores (multidisciplinares, intensivos y continuados) que les permitan adquirir o recuperar habilidades y competencias —lo que se traduciría en una mayor funcionalidad del paciente—, y a la puesta en marcha de intervenciones que faciliten una mejor integración y calidad de vida.

Bibliografía

— Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información de Atención Primaria. SIAP. [Fecha de consulta: 4 de julio de 2018]. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm
— Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Fecha de consulta: 5 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/EvaluacinEstrategiaSaludMental-2010.pdf

7. ¿Cómo se organiza la atención médica urgente en un centro hospitalario?

La organización de las urgencias en el hospital puede ser diferente en función de las características del hospital (hospital general o especializado, como es el caso de hospitales psiquiátricos) y de la coordinación que se establezca entre los diferentes dispositivos sanitarios.

De forma general, podemos señalar que en nuestro territorio existen dispositivos específicos de asistencia inmediata a situaciones agudas en las que se produce una alteración psicopatológica grave, liderados por médicos especialistas en psiquiatría. Esta asistencia consiste en la valoración del paciente y su tratamiento, tanto de la condición

psicopatológica como de las complicaciones orgánicas que puedan derivar de las alteraciones de su estado mental o de las consecuencias de sus actos. Asimismo, los servicios de urgencias psiquiátricos tienen entre sus funciones valorar si el paciente es susceptible de ingreso en una unidad de hospitalización. Para poder cumplir estos objetivos, los servicios de urgencias psiquiátricas deben ser diferenciados de otros recursos asistenciales; deben estar vinculados con las unidades de hospitalización psiquiátrica y coordinados con los dispositivos de urgencias generales de los hospitales.

Los pacientes pueden llegar a urgencias de psiquiatría desde diferentes procedencias. Pueden acceder a urgencias de manera voluntaria, demandando asistencia a iniciativa propia o familiar por un cuadro psicopatológico, o tratarse de pacientes que han sido derivados bien por servicios especiales de urgencias, por el médico de atención primaria o por un especialista desde los recursos de salud mental comunitaria. Otra situación diferente es la que se produce cuando se trata de un paciente trasladado en contra de su voluntad para ser atendido por el psiquiatra.

En todo caso, el circuito idóneo de asistencia requiere que el paciente, independientemente de su condición, sea valorado previamente por el médico (generalista, internista…) del servicio de urgencias general del hospital, que realiza una primera valoración de su estado general y hace la oportuna solicitud de consulta al psiquiatra. En función de las características del hospital, el especialista se desplaza a urgencias o es el paciente quien es trasladado a un espacio de asistencia urgente dentro de los servicios de salud mental. El psiquiatra realizará una evaluación, orientará diagnósticamente e indicará la estrategia terapéutica más adecuada. En función de esta valoración, el paciente será asistido de forma preferente por los servicios de urgencias generales (como ocurre en situaciones puntuales o en los que la patología somática prevalece) o de forma conjunta por ambos servicios de urgencias. Si la gravedad de su patología, el alto riesgo que supone o la necesidad de intervenciones específicas lo requieren, se procederá al ingreso y al traslado del paciente al servicio de hospitalización de salud mental.

Bibliografía

— Boletín Oficial de la Junta de Andalucía BOJA Boletín número 33 de 24/4/1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. RESOLUCIÓN de 18 de abril de 1990, del Servicio Andaluz de Salud, y del Instituto Andaluz de Salud Mental, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
— Comunidad Foral de Navarra. Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes por Enfermedad Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes. https://sb86eb09335ad47f5.jimcontent.com/download/version/1325943628/module/3698462452/name/Navarra 2008 -Protocolo Atención Urgencias Psiquiátricas-.pdf
— Junta de Castilla y León. Coordinación sociosanitaria en Salud Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental
— Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-traslado-e-internamiento-de-urgencia/

8. ¿Cuáles son las fórmulas de coordinación entre el box de urgencias y la unidad de agudos?

Las relaciones entre urgencias y la unidad de hospitalización de agudos de salud mental quedan, en gran parte, establecidas a través del servicio de urgencias psiquiátricas y del servicio de psiquiatría de enlace.

Como más arriba se indicaba, habitualmente, las unidades de hospitalización de salud mental establecidas en hospitales generales dis-

ponen de un servicio de urgencias psiquiátricas, diferenciado en su actuación de las urgencias generales, que realiza la función de asistencia a pacientes psiquiátricos de urgencias y atiende las consultas relacionadas con patología psiquiátrica procedentes del servicio general de urgencias.

En cada hospital suele existir un protocolo de actuación que regula la interacción entre el servicio de urgencias general y el específico de psiquiatría, ya que el procedimiento de actuación se establecerá en función de la patología y del estado somático y mental del paciente. Aunque cada protocolo tiene características específicas según las cualidades de cada hospital, de forma global pueden establecerse las siguientes reglas:

- Si el paciente ha sido remitido directamente desde un recurso de salud mental para ser atendido por el servicio de urgencias psiquiátricas (por ejemplo, para valoración de ingreso en la unidad de hospitalización), pasará directamente a ser atendido por el servicio de urgencias psiquiátricas, siempre que no haya sospecha de patología o alteración somática intercurrente.
- Si el paciente viene sin derivación especializada (médico de atención primaria, servicio especial de urgencias, como 061, DCCU, SAMUR...) deberá valorase siempre, en primer lugar, el estado somático que pueda presentar. Si el paciente presenta patología orgánica, deberá ser atendido por el circuito de urgencias según la priorización que se establezca. Es el caso de pacientes que han realizado actos con fines de suicidio (por ejemplo, ingestas medicamentosas voluntarias) o que presentan intoxicaciones de sustancias, en casos de abstinencia a sustancias, cuando hay alteraciones de conciencia, los pacientes mayores que debutan con alteraciones de conducta o en pacientes con síntomas «psiquiátricos», como pueden ser la agitación o un lenguaje incomprensible, pero que se acompañan de factores que hacen sospechar la presencia de una patología somática (organicidad) responsable del cuadro. En estos casos,

el psiquiatra será llamado a consulta cuando así lo considere conveniente su responsable en urgencias general para realizar un seguimiento conjunto.

- Si el paciente no presenta clínica somática urgente será atendido por una u otra unidad en función de la gravedad de su cuadro psicopatológico. Así, los trastornos graves (trastornos mentales con reagudización clínica, episodios de ideación suicida, aparición de síntomas psicóticos…) serán derivados a urgencias de psiquiatría; los casos más leves (por ejemplo, un cuadro típico de ansiedad) podrán ser atendidos en el servicio general de urgencias y derivado posteriormente a atención primaria con recomendación de acceso al itinerario de salud mental ambulatoria. Si la clínica o la evolución sugieren que esta asistencia no es la adecuada se realizará una interconsulta al equipo de psiquiatría de enlace.

Bibliografía

— Boletín Oficial de la Junta de Andalucía BOJA Boletín número 33 de 24/4/1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. RESOLUCION de 18 de abril de 1990, del Servicio Andaluz de Salud, y del Instituto Andaluz de Salud Mental, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

— Comunidad Foral de Navarra. Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes por Enfermedad Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes https://sb86eb09335ad47f5.jimcontent.com/download/version/1325943628/module/3698462452/name/Navarra%202008%20-Protocolo%20Atención%20Urgencias%20Psiquiátricas-.pdf

— Junta de Castilla y León. Coordinación sociosanitaria en Salud Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental

9. ¿Qué problemas presenta, en la actualidad, el transporte sanitario en salud mental?

Hay que señalar que se trata de una de las cuestiones más complejas de la asistencia, especialmente en el caso del paciente que expresa su disconformidad con la asistencia y el traslado. En esta situación, asistir al paciente implica no solo aspectos sanitarios sino que también requiere un marco jurídico e, incluso podría ser precisa la colaboración de las fuerzas de orden ante una posible situación de alteración del orden público.

Una vez realizada esta consideración, hay que señalar que, siempre que las condiciones lo permitan, lo más adecuado es que el paciente se traslade a la unidad de hospitalización correspondiente por sus propios medios y acompañado de sus familiares o personas más próximas.

Si las circunstancias clínicas no lo permitieran o el paciente y su entorno no pudieran facilitar el transporte, el traslado se realizaría en ambulancia normalizada.

Cuando la clínica del paciente o su estado de salud lo requieran (por ejemplo, ante un paciente agitado) el traslado se realizará en ambulancia dotada de personal sanitario, que abordará la valoración e instauración de tratamiento previo si es preciso. Si se hiciera precisa la contención física por seguridad del paciente, esta debe ser indicada por el facultativo y llevada a cabo, si es posible, por el personal sanitario.

Hay que recordar que el objetivo fundamental durante el traslado del paciente es salvaguardar su seguridad, pero también la del personal que interviene en el traslado, por lo que hay que valorar cuidadosamente la situación, evitar posibles peligros y situaciones de riesgo y establecer un plan que asegure un clima de seguridad para todos los que intervienen.

El facultativo del dispositivo sanitario que atiende al paciente podrá requerir la ayuda de las fuerzas y cuerpos de seguridad (policía nacional, policía local, guardia civil) para que éstos, con su intervención, procedan a reducir al paciente si su negativa a trasladarse pro-

vocara alteraciones de orden público o pusiera en riesgo la integridad física de su entorno, de las personas cercanas o de sí mismo. Una vez reducido el paciente, sería el equipo sanitario presente, liderado por el facultativo, el que tomara las medidas precisas para asegurar su traslado, cuidando en todo momento de su seguridad. Las fuerzas y cuerpos de seguridad no tienen como objetivo de su intervención la realización del transporte del paciente, pero sí deben acompañar en el traslado si el médico lo considera necesario.

Los problemas suelen surgir cuando no se actúa de forma coordinada y no se asegura que el paciente pueda ser trasladado, cuando no se es lo suficientemente cuidadoso en el procedimiento de traslado o cuando no se cuidan los aspectos de seguridad del paciente y del personal implicado.

Bibliografía

— Boletín Oficial de la Junta de Andalucía BOJA Boletín número 33 de 24/4/1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. RESOLUCIÓN de 18 de abril de 1990, del Servicio Andaluz de Salud, y del Instituto Andaluz de Salud Mental, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

— Comunidad Foral de Navarra. Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes por Enfermedad Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes https://sb86eb09335ad47f5.jimcontent.com/download/version/1325943628/module/3698462452/name/Navarra%202008%20-Protocolo%20Atenci%C3%B3n%20Urgencias%20Psiqui%C3%A1tricas-.pdf

— Fundación Manantial. Guía para el ingreso hospitalario por motivos de salud mental en el Área 3 de Madrid. [Fecha de consulta: 30 de junio de 2018].

— Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Protocolo de actuación para ingreso involuntario en unidades de Psiquiatría. 2009. [Fecha de

consulta: 30 de junio de 2018]. Disponible en: www2.san.gva.es/docs/protocoloingresosinvoluntarios_cas.pdf
— Protocolo de Traslado De personas con Enfermedad mental. [Fecha de consulta: 30 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.comteruel.org/documentos/ProtocoloEnfermedadesMentales.pdf
— SAMUR. Atención y traslado al paciente psiquiátrico. [Fecha de consulta: 4 de julio de 2018]. Disponible en: Atención y traslado al paciente psiquiátrico www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/413.htm
— Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental https://www.alansaludmental.com/app/download/3698463552/Extremadura+2005+-Protocolo+Atenci%C3%B3n+Urgencias+Psiqui%C3%A1tricas-.pdf?t=1325943729

10. ¿Es adecuado coordinar y protocolizar la actuación de todos los profesionales que intervienen en la detección y transporte sanitario urgente? ¿Se ha establecido un protocolo modelo? Desde el punto de vista territorial, ¿qué protocolos se han revelado más eficaces?

La organización de la asistencia de urgencias y traslado del paciente supone implicar y coordinar recursos que corresponden a diferentes ámbitos: el nivel de atención primaria (personal médico, enfermería, auxiliares, celadores), los servicios de salud mental comunitarios (distrito), los servicios específicos de atención a urgencias, el servicio de urgencias del hospital, los servicios de urgencias psiquiátricas y los equipos de hospitalización de salud mental; además de, ocasionalmente, la intervención de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y la de órganos como juzgados de guardia, juzgados de primera instancia, Ministerio Fiscal y médicos forenses.

El tipo de ingreso más adecuado y los recursos que precisa se establecerá en función de las características del cuadro psicopatológico y del estado mental del paciente en el momento de su evaluación.

Sin duda, el que menos coordinación precisa será el ingreso que se hace de forma programada, cuando el paciente mantiene su capacidad para la toma de decisiones en el ámbito sanitario y muestra su conformidad. Es el llamado ingreso programado, no urgente y voluntario. En estos casos bastará con el aviso del equipo de salud mental indicado el ingreso a la unidad de hospitalización, luego de evualuar la psicopatología y la autonomía del paciente para decidir libremente su internamiento. El paciente suele trasladarse por sus medios al centro, donde se tramitará a continuación el ingreso.

El ingreso programado involuntario se produce cuando el paciente ha sido valorado por un profesional de salud mental que indica su ingreso y no se encuentra capacitado para la toma de decisiones relativas a su salud y bienestar. En este caso el facultativo emitirá un informe clínico con el diagnóstico y las razones médicas que justifican el ingreso e indicará a los familiares cómo solicitar una autorización judicial para ese ingreso.

El mayor nivel de complejidad en el ingreso se da en las situaciones en las que se hace preciso un ingreso involuntario con carácter urgente, ya que la demanda de asistencia se hace por un estado psicopatológico que requiere asistencia urgente, el paciente no se encuentra capacitado (en razón de su estado mental o por condición legal) para la toma de decisiones en relación con su salud y muestra su negativa al ingreso. En estos casos se hace preciso coordinar muchos de los dispositivos anteriormente reseñados para asegurar un traslado seguro del paciente, una asistencia adecuada, además de para salvaguardar sus derechos como individuo y ciudadano. Para ello se establecerán las medidas oportunas de colaboración con la Administración de Justicia que tenga atribuida la protección de los derechos y libertades de los pacientes interesados.

El alto nivel de coordinación que exige este tipo de ingresos ha obligado a establecer protocolos muy definidos para la intervención,

traslado e ingreso de estos pacientes, en los que se especifican y delimitan los papeles y responsabilidades de cada ámbito implicado. Aunque de estructura muy similar, las diferencias en los recursos asistenciales de las diferentes comunidades autónomas han obligado a diseñar protocolos específicos para cada una de ellas.

Bibliografía

— Boletín Oficial de la Junta de Andalucía BOJA Boletín número 33 de 24/4/1990. Consejería de Salud y Servicios Sociales. RESOLUCIÓN de 18 de abril de 1990, del Servicio Andaluz de Salud, y del Instituto Andaluz de Salud Mental, sobre Atención de Urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
— Comunidad Foral de Navarra. Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes por Enfermedad Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes https://sb86eb09335ad47f5.jimcontent.com/.../Navarra%202008%20-Protocolo%
— Fundación Manantial. Guía para el ingreso hospitalario por motivos de salud mental en el Área 3 de Madrid. [Fecha de consulta: 30 de junio de 2018].
— Generalitat Valenciana. Conseileria de Sanitat. Protocolo de actuación para ingreso involuntario en unidades de Psiquiatría. 2009. [Fecha de consulta: 30 de junio de 2018]. Disponible en: http://www2.san.gva.es/docs/protocoloingresosinvoluntarios_cas.pdf
— Protocolo de Traslado De personas con Enfermedad mental. [Fecha de consulta: 30 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.comteruel.org/documentos/ProtocoloEnfermedadesMentales.pdf
— SAMUR. Atención y traslado al paciente psiquiátrico. [Fecha de consulta: 4 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/413.html
— Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia

en Salud Mental. [Fecha de consulta 4 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.alansaludmental.com/app/download/3698463552/Extremadura+2005+-Protocolo+Atenci%C3%B3n+Urgencias%2.

11. ¿Es necesaria la especialización de los médicos forenses o la introducción del dictamen del médico psiquiatra en los informes sobre autorización y prórroga del ingreso involuntario?

Entendemos que se trata de dos preguntas diferentes. Por un lado, la especialización de los médicos forenses en psiquiatría forense parece una necesidad ineludible. En una época en la que la medicina tiende a la especialización, resulta difícil entender al médico forense decimonónico que realiza valoración del daño corporal, levantamiento de cadáveres, autopsias, reconocimientos psiquiátricos, toxicología, hemogenética… No podemos olvidar que dentro de las especialidades médicas tienden a existir capacitaciones, reconocidas o no, o incluso se pretende realizar nuevas especialidades como en el caso de la psiquiatría con la nueva especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente. En definitiva, todo en la vida requiere una actualización y en el caso de la medicina forense no iba a ser menos, en relación con la psiquiatría forense. De igual modo, el especialista en psiquiatría que aspire a trabajar en el ámbito forense debería especializarse en este campo con el objeto de que los informes tengan utilidad efectiva.

Por otro lado el artículo 763.4 de la LEC, establece que «en la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente», es decir, sin entrar en consideraciones acerca de la titulación del profesional, hace referencia al «facultativo que lo atiende» que en la unidad de hospitalización breve de salud mental es el psiquiatra. El mismo artículo y punto prosigue:

«Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento»; es decir, deja a juicio de la autoridad judicial tomar las medidas que considere pertinentes para autorizar la continuación del internamiento. Entre estas medidas, una de ellas suele ser nuevo reconocimiento médico forense al igual que el que se hizo en su momento para la primera autorización

Como ha quedado señalado, entendemos que el sistema idóneo sería aquel en el que, siendo reconocido el paciente por el médico forense con formación especializada en psiquiatría o el psiquiatra con formación en medicina forense, el facultativo informase al juez, previo reconocimiento del paciente y con intercambio de opiniones entre ambos profesionales (lo que normalmente se conoce como «sesión clínica»).

12. ¿Qué papel debe desarrollar Sanidad en el internamiento de los pacientes crónicos? ¿Qué medidas sanitarias pueden adoptarse para reducir su número y aumentar su calidad de vida?

La OMS define las enfermedades crónicas como aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta. Algunos trastornos mentales son crónicos, por ejemplo la esquizofrenia o el trastorno bipolar, y las personas que los sufren son «pacientes crónicos». Ahora bien, que el paciente presente esa característica no quiere decir que el paciente vaya a tener los síntomas de forma permanente todos los días del año. Si observamos una enfermedad crónica somática, por ejemplo la diabetes o la hipertensión esencial, la persona realiza su tratamiento a lo largo de su vida y normalmente tiene compensados sus síntomas. Determinadas circunstancias provocarán una descompensación que requiere ajuste de medicación y siempre dentro del sistema sanitario.

En la enfermedad mental crónica ocurre de forma similar: es un problema sanitario y, por tanto, su seguimiento corresponde a este

sistema al igual que en las enfermedades somáticas. Es cierto que en determinados casos de esquizofrenia, bien por falta de conciencia de enfermedad, bien por falta de adherencia al tratamiento, bien por refractariedad al mismo o bien por una combinación de los mismos, el paciente se descompensa con cierta asiduidad presentando psicopatología y alteraciones funcionales a nivel familiar, social o laboral. Para este tipo de pacientes, se debe recurrir al mismo tipo de recursos que para cualquier otro: en caso de ser necesario, el ingreso en la unidad de hospitalización breve de salud mental del hospital general de referencia. Lo recomendable, tras obtener el alta médica, es regresar a la residencia ideal, que sería el domicilio familiar.

Es cierta la existencia de casos en los que a los pacientes, por sus características o por las de su familia, les resulta imposible vivir con la misma. Aquí nos encontraríamos con un doble problema: el seguimiento médico de la enfermedad, que siempre corresponderá al sistema sanitario, y por otro lado, el lugar donde vivir que, entendemos, corresponde al sistema de apoyo social en íntimo contacto con el sistema sanitario. Dado que la sanidad está transferida a las comunidades autónomas, éstas han establecido diferentes estrategias para la atención integral de este tipo de pacientes: en unas continúan existiendo los antiguos hospitales psiquiátricos pero con todos los requisitos y apoyos sociales y terapéuticos que deben regir la actuación psiquiátrica en pleno siglo XXI, y otras han optado por diferentes sistemas de apoyo, incluidas las «casa hogar» en las que, bien de forma individual, bien a través de fundaciones, se trabaja de forma coordinada con la autoridad competente en materia de asistencia social. Lo cierto es que, existiendo estos recursos, la realidad demuestra que en algunas comunidades autónomas resultan insuficientes.

En cuanto a reducir el número de pacientes crónicos, en el momento actual resulta harto difícil, pues al contrario que otras enfermedades no transmisibles como la diabetes, el cáncer o las enfermedades cardiovasculares, se desconocen factores que incidan directamente en su producción. No obstante, desde la perspectiva sanitaria sería deseable conseguir una disminución en el número de descompensacio-

nes. Para ello, es necesario que el paciente acuda al sistema sanitario para su tratamiento o que éste acuda a donde se encuentre el paciente en caso de falta de adherencia mismo. En este último aspecto, aunque existen opiniones encontradas, sería deseable un desarrollo legal del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) del mismo modo que se llevó a cabo en su momento para el ingreso no voluntario por razón de trastorno psíquico.

Bibliografía

— Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. [Fecha de consulta 2 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
— Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles y salud mental. [Fecha de consulta 2 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/

B.2. TRATAMIENTO MÉDICO

Carlos Eloy Ferreirós Marcos[1]; Carlos Ganzenmüller Roig[2]; Elena Ibáñez Guerra[3]; Nuria López-Mora González[4]; Inmaculada Palau Benlloch[5]; Josep Pifarré Paredero[6]; Fernando Santos Urbaneja[7]

13. ¿Cuáles son las principales formas de tratamiento de los trastornos mentales?

El tratamiento de los trastornos mentales ha de ser integral e individualizado. En el tratamiento tomarán parte diferentes profesionales y existirán diferentes formas de tratamiento. Siendo los más importantes el tratamiento psicofarmacológico, otros tratamientos bioló-

[1] Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante.
[2] Fiscal. Fiscalía del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil.
[3] Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia.
[4] Fiscal. Fiscalía Provincial de Madrid.
[5] Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante.
[6] Director de los Servicios de Salud Mental de GSS-Hospital Universitario de Santa María. Director de Salud Mental de Sant Joan de Déu Terres de Lleida.
[7] Fiscal. Fiscalía Provincial de Córdoba.

gicos (básicamente la terapia electroconvulsiva), y los tratamientos psicológicos. Dentro de los tratamientos psicológicos existen diferentes técnicas basadas en distintos modelos: el conductista, el cognitivo-conductual, el sistémico, así como derivadas del psicoanálisis, entre otras. También hay tratamientos individuales y otros que son grupales. Como los fármacos, no todos son igualmente eficaces, y no todos tienen las mismas indicaciones. Es importante destacar también que se puede y se debe contrastar su eficacia con modelos basados en la evidencia, al igual que en el caso de los psicofármacos.

Más allá de los tratamientos psicológicos clásicos, también hay que considerar la rehabilitación psicosocial, así como las estrategias de prevención primaria y secundaria.

En general, se puede afirmar que el tratamiento ha de ser individualizado, en función de la patología y de las circunstancias de cada paciente, pero también integral, entendido como un todo y no como una suma inconexa de tratamientos individuales.

Bibliografía

— Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Ed Marban; 2012.

14. ¿Qué criterios (o escalas) emplean los facultativos para medir la «capacidad de decisión» a que se refiere el art. 9 de la Ley 41/2002 (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)?

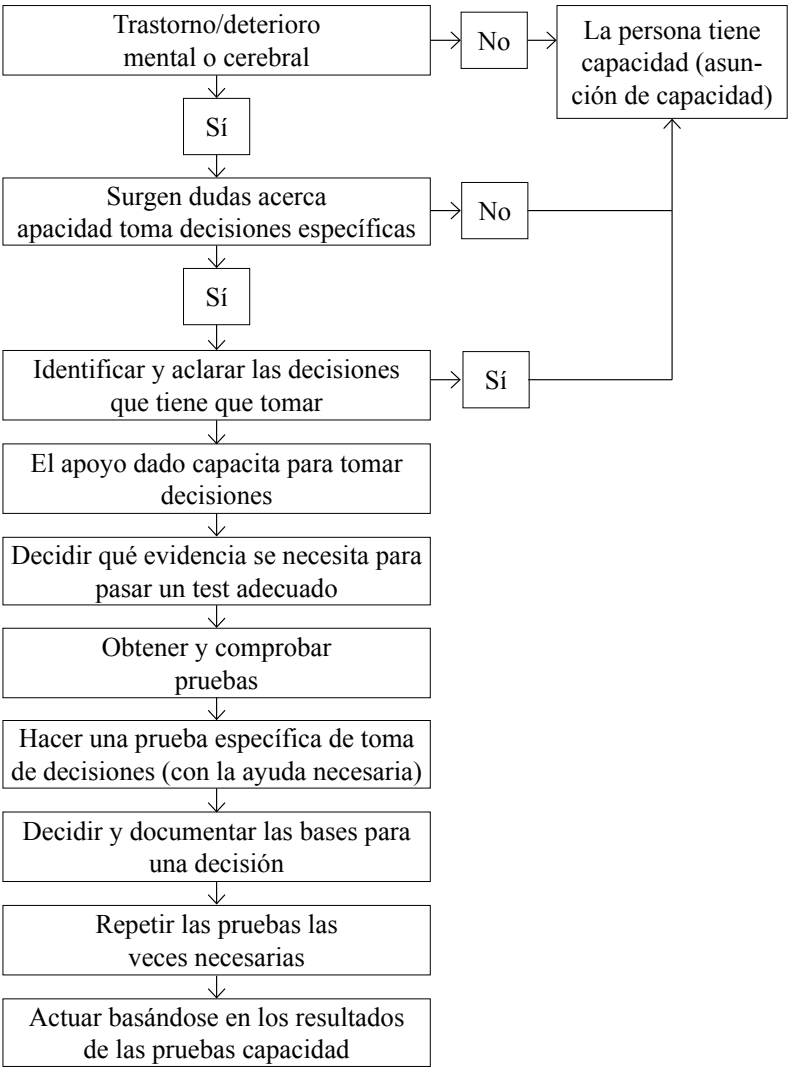
En dicho artículo se habla de «incapaz», «incapacitado» y «consentimiento por representación», por lo tanto siempre que se efectúe un consentimiento informado, ya sea personalmente o por representación, debe tenerse en cuenta la capacidad mental del sujeto. Para evaluar esta hay que

tener en cuenta las tres esferas de la personalidad del sujeto: la cognitiva (percibir, pensar, razonar, conocer, recordar, etcétera) la emocional (sentir, evaluar, motivar, etcétera) y la actividad o actuación (capacidad para actuar). En este sentido existe una amplia controversia, desde antiguo, acerca de qué se debe medir a la hora de evaluar la capacidad mental de un sujeto a la hora de tomar decisiones. En un primer momento se consideró que con la evaluación de las tres áreas señaladas anteriormente era suficiente; posteriormente los neurólogos y los avances de la medicina llevaron a señalar 13 áreas que quedaron recogidas en lo que se denominó *Documento Sitges 2009*. En dicho documento son varias las baterías de test que se señalan para hacer una valoración cuantitativa del paciente. Sin embargo, en la práctica clínica se utilizan tres criterios fundamentales:

- Nivel I o nivel mínimo: el individuo es capaz de darse cuenta de su situación y de aceptar implícita o explícitamente las propuestas que se le ofrecen. Sería el nivel requerido para aceptar tratamientos sencillos y eficaces.
- Nivel II o nivel medio: el paciente comprende la información que se le da y es capaz de tomar decisiones en las que están implicados riesgos y beneficios. Sería el nivel requerido para tratamientos de eficacia no absoluta, con riesgos o inconvenientes serios o pacientes con enfermedad crónica en los que la propuesta de tratamiento no conlleva una garantía de curación. El consentimiento de una intervención quirúrgica no resolutiva, sino paliativa, por ejemplo, requeriría de este nivel.
- Nivel III o nivel alto u óptimo: el paciente comprende de forma crítica y reflexiva su enfermedad y las opciones de tratamiento. El paciente decide racionalmente, basándose en el análisis de las consecuencias, acorde con sus valores y creencias.

Dichos niveles se basan en los cuatro criterios recogidos en el *MacArthur Competence Assessment Tool*, uno de los instrumentos de medida más utilizados en el ámbito clínico y que mide: Comprensión, apreciación, razonamiento y elección También se utilizan los criterios

establecidos por las distintas escalas para evaluar la discapacidad, tales como los utilizados por la OMS o las escalas de valoración de la minusvalía de distintos organismos. En cualquier caso el diagrama a seguir sería el que se expone en la página siguiente (cuadro 1):



Bibliografía

— Appelbaum, P S: Decisional capacity of patients with Schizophrenia to consent to research. Schizophrenia Bull, 2006, 32 (1) 22.
— *Documento Sitges 2009*. Editores Mercé Boada Rovira y Alfredo Robles Bayón. [Fecha de consulta: 2 de junio de 2018].
Disponible en:
http://www.sen.es/pdf/2009/Documento_Sitges2009.pdf
— Labad Alquezar A.: La capacidad del paciente y sus limitaciones. OMC: Titulo de Experto en Ética Medica, 2011.

15. ¿Qué es la «alianza terapéutica»? ¿Qué dificultades plantea cuando se desarrolla en un contexto de involuntariedad?

La alianza terapéutica es un concepto que implica un acuerdo entre el terapeuta y paciente en relación a los objetivos del tratamiento, así como en lo que respecta a las tareas propias a realizar. Implica la creación de un vínculo terapéutico, con un compromiso común en relación al tratamiento.

Ante un paciente involuntario, es complejo consensuar un tratamiento y un compromiso común. No obstante, incluso en esta circunstancia, es importante trabajar el vínculo y la alianza terapéutica. Aunque el paciente quizás no pueda decidir algún matiz, sí que puede participar en la mayoría de la propuesta terapéutica, y también debe ser informado del porqué de las decisiones. Solo así podremos conseguir un buen vínculo que nos ayude a continuar siguiendo al paciente una vez resuelta la fase aguda y, en la mayoría de casos, el paso de un tratamiento involuntario a uno voluntario. También será importante restringir la involuntariedad a lo mínimo posible, intentándola limitar en el tiempo y también en el tipo de decisiones que el paciente puede tomar.

Bibliografía

— Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Ed Marban; 2012.

16. ¿Cómo se organizan los servicios sanitarios de atención a los trastornos mentales en los niveles primario, secundario y terciario?

La organización dependerá de cada territorio, de manera que existen diferencias importantes entre países, y, en el caso de España, entre diferentes comunidades autónomas.

En general, toda la sanidad, en nuestro medio, ha estado más enfocada a la excelencia en el tratamiento de las patologías que en su prevención. Tenemos, por ejemplo, excelentes sistemas de urgencia para tratar con inmediatez los infartos y los politraumatismos, pero, en cambio, invertimos menos en evitar los siniestros; Antes se pone una ambulancia medicalizada en una zona con muchos accidentes, que se arregla la carretera. La situación es compleja, puesto que muchas medidas (como arreglar las carreteras) van más allá de las competencias de salud, siendo necesario abordajes integrales interdepartamentales.

En el caso de los trastornos mentales, la situación es la misma, pero con la complicación añadida de que no siempre sabemos de manera tan clara, cuáles son las acciones eficaces para una prevención primaria o secundaria.

Existen experiencias interesantes que sería necesario generalizar, como programas de prevención del suicidio que se realizan en algunos centros y regiones, programas de trastorno psicótico incipiente, o planes interdepartamentales de salud pública, en los que incluyen aspectos de salud mental. Sin embargo, se trata más de excepciones que de la norma. En general podemos afirmar que, básicamente, los recursos de salud mental están todavía diseñados principalmente para el tratamiento y para la prevención terciaria, y solo de manera no generalizada se están comenzando a implementar programas de prevención primaria y secundaria.

Bibliografía

— Thornicrotf G, Tansella M. La matriz de la salud mental, manual para la mejora de servicios. Editorial Triacastela; 2005.

17. ¿Pueden diferenciarse netamente los aspectos sanitarios y de acción social en la atención a los pacientes? ¿Existe un contexto sociosanitario?

Clásicamente se han considerado dos tipos de clasificaciones, las naturales, y las artificiales, Las naturales tienden a considerar todas las variables, mientras que las artificiales tienden a considerar solo uno o dos aspectos de la realidad a la hora de clasificar. Diferenciar los aspectos sanitarios de los sociales sería un ejemplo de clasificación artificial, que puede ser útil y pragmática, pero que no refleja probablemente la realidad que existe debajo. La mayoría de nuestras comunidades autónomas tienen separados estos dos ámbitos, por motivos históricos o pragmáticos, más que porque la realidad sea distinta.

La realidad es única, y en la práctica, los aspectos sociales influyen en los sanitarios, y los aspectos sanitarios influyen en los sociales, tanto en la génesis como en el mantenimiento de algunos trastornos. Si un paciente con un trastorno de ansiedad está en paro y tiene problemas familiares, probablemente su evolución no será la misma que en otras circunstancias.

18. ¿Qué estándares éticos rigen la atención del paciente «involuntario»?

Hoy por hoy solo está reconocido legalmente el ingreso involuntario y no el TAI (tratamiento ambulatorio Involuntario). En cualquier caso, los estándares éticos están en la línea de mantener la autonomía del enfermo; sin embargo como se indica en el máster online de Ética

Clínica de la Universidad de Zaragoza, la autonomía de una persona para incluir o rechazar un tratamiento o un ingreso, así como para el consentimiento informado, estaría limitada por su inclusión en la sociedad (principio de justicia) por el respeto a la vida de uno mismo y de los demás (principio de no-maledicencia) y por el interés del profesional por encontrar lo mejor para su paciente (principio de benevolencia) Es decir cuando se defiende el «no ingreso involuntario o no TAI» se está haciendo atendiendo, principalmente, al principio de autonomía, pero para tomar una decisión razonada se deben sopesar los demás aspectos.

19. El art. 11 de la Ley 41/2002 establece el derecho del paciente a emitir «instrucciones previas», ¿qué particularidades presenta esta figura en la asistencia psiquiátrica? ¿Qué criterios generales se siguen para estimar que dichas voluntades anticipadas son contrarias a la *lex artis*?

El gran debate en la asistencia psiquiátrica será en relación a la autonomía del paciente. Para que el paciente sea autónomo, ha de estar bien informado, ha de estar libre de coacciones, y ha de ser competente. Solo si se cumplen estos tres requisitos el paciente podrá emitir adecuadamente unas instrucciones previas. El problema es que muchos no cumplen estos criterios. En el caso de la psiquiatría, existen dos riesgos: el presuponer que una enfermedad mental, por definición, ya es suficiente como para limitar la competencia de un paciente, como el contrario, suponer que una persona con enfermedad mental en fase no aguda es siempre 100 % competente.

También se puede dar el caso de que aquello que demande el paciente no sea posible o sea contrario a la *lex artis* (ejemplo, Por ejemplo, su deseo de que si se descompensa no sea ingresado o medicado bajo ninguna circunstancia). Aquí existe el riesgo que apunta Diego Gracia cuando afirma que el error clásico ha sido considerar inma-

duro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores distinto al nuestro.

Por otro lado, las instrucciones previas pueden ser un buen instrumento para trabajar la alianza terapéutica y la toma de decisiones compartidas en pacientes que en fase de estabilidad sean competentes, pero en otros momentos claramente incompetentes (como por ejemplo, bastantes pacientes con trastorno bipolar).

Todos estos matices apuntan a la complejidad de una posible regulación de las instrucciones previas en el caso de la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, en el caso de pacientes competentes, la complejidad no es diferente a otros ámbitos, en los que pacientes también pueden pedir algo contrario a la *lex artis* o a la ley (por ejemplo, que ante un caso de enfermedad terminal el paciente pida que le ayuden a suicidarse o ante un parto, la mujer se niegue en redondo a ser asistida por cesárea).

Es decir, el error será considerar la enfermedad mental como el aspecto clave y diferencial, en lugar de considerar el grado de autonomía o la viabilidad de las demandas como los verdaderos aspectos a tener en cuenta, al igual que el resto de la medicina.

Bibliografía

— Gracia D. Fundamentos de bioética. Editorial Triacastela, Madrid, 2007.
— Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8ª Edición. Elsevier-Masson, 2015.

20. ¿Qué son la interconsulta y la psiquiatría de enlace y cuáles son las cuestiones más frecuentes que se plantean?

Clásicamente, la interconsulta y la psiquiatría de enlace se han considerado como una subespecialidad de la psiquiatría que incor-

pora asistencia, docencia e investigación en un terreno limítrofe entre la psiquiatría y la medicina interna o la cirugía (Lipowski, 1983). Hace de puente entre la medicina somática y la psiquiatría, desde una perspectiva biopsicosocial (Rojo y Cirera, 1997). Su expansión en nuestro país aparece con la introducción de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. La función principal del psiquiatra de enlace será la valoración y manejo de los trastornos psiquiátricos presentes en el paciente médico-quirúrgico. Se espera que el psiquiatra consultor ayude a aclarar el diagnóstico, trate la sintomatología psiquiátrica y coopere en el tratamiento del paciente. Un buen programa de interconsulta y psiquiatría de enlace permite identificar precozmente la enfermedad psiquiátrica en pacientes médico-quirúrgicos, mejora su tratamiento, disminuye la estancia hospitalaria, reduce los costes hospitalarios y mejora el pronóstico a corto y largo plazo.

Las situaciones más frecuentes son: tratamiento sintomático de procesos de agitación, delirium, ajustes de tratamientos farmacológicos y ayuda al diagnóstico diferencial. También el seguimiento de pacientes con patologías psiquiátricas ingresados en plantas medico-quirúrgicas (pacientes con esquizofrenia, intentos de suicidio…), así como el manejo de la ansiedad y los diferentes estresores propios de los procesos médico-quirúrgicos y de la hospitalización.

Aparte de en la función asistencial (interconsulta), es importante el papel del psiquiatra como integrante del equipo médico por su función pedagógica, de formación y sensibilización del resto del equipo en lucha contra el estigma (función de enlace).

Bibliografía

— Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liasion Psychiatry. Can J Psychiatry 1983; 28: 329-338.
— Rojo JE, Cirera E. Interconsulta psiquiátrica. Biblio STM, 1997.
— Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Ed Marbán, 2012.

21. ¿Cuáles son los principales efectos adversos que presenta la ingesta prolongada de medicación?

La introducción psicofármacos eficaces a partir de mitades del siglo pasado constituyó una gran revolución terapéutica, consiguiendo disminuir de forma drástica el número de pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos. En prácticamente una década (el período de oro de la psicofarmacología, entre 1949 y 1960) aparecieron fármacos eficaces para la esquizofrenia, la manía, la depresión y la ansiedad. Los diferentes fármacos se han mostrado eficaces en la disminución o desaparición de los síntomas, y en una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, en muchos casos, los tratamientos han de ser crónicos, incluso de por vida. Todos los tratamientos farmacológicos pueden tener efectos adversos, algunos de ellos a largo plazo. Cada tratamiento es distinto, de manera que generalizar es complejo, ya que los efectos secundarios propios de un fármaco no lo son de otro fármaco o de otro grupo farmacológico. También hay que diferenciar según la probabilidad de la aparición de efectos secundarios, o de la intensidad de éstos.

De manera muy resumida, se puede considerar lo siguiente: en relación a los antipsicóticos de primera generación, sus efectos secundarios a largo término son la aparición de problemas neurológicos (parkinsonismo, discinesias tardías…), así como de problemas endocrinos (hiperprolactinemia). En los antipsicóticos de segunda generación el riesgo de aparición estos efectos secundarios es menor, pero algunos de ellos presentan riesgo de síndrome metabólico (obesidad, hiperlipidemia, diabetes...). La clozapina tiene un riesgo excepcional pero grave de inducir agranulocitosis, por lo que son preceptivos controles de hemograma. El litio, utilizado en el trastorno bipolar, se ha asociado a problemas en la función renal y tiroidea. El valproato se ha asociado a malformaciones fetales y no se recomienda en mujeres que deseen quedarse embarazadas. Las benzodiacepinas tienen el riesgo de producir adicción.

Es importante hace dos consideraciones son importantes. La primera, que en la mayoría de pacientes las consecuencias de dejar el trata-

miento son muchísimo más graves que el riesgo de los fármacos de producir efectos secundarios, de manera que el cociente beneficio-riesgo será, en general, favorable a la medicación. La segunda, que dado que existen, por suerte, distintos fármacos eficaces para un mismo trastorno con distinto perfil de efectos secundarios, hará falta el individualizar el tratamiento, seleccionando los fármacos a largo plazo en función del riesgo de aparición de efectos secundarios en cada paciente.

Bibliografía

— Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Ed Marban, 2012.

22. ¿Qué efectos adversos puede presentar la psicoterapia?

En los años 50 Eysenck sugirió que la psicoterapia no tenía más valor que el mero paso del tiempo; a partir de su trabajo seminal son muchos los autores que se dedicaron a demostrar los efectos beneficiosos de la psicoterapia (para una profundización en el tema se recomienda acudir al libro de Bergin en sus distintas ediciones).. Durante los años 80 y 90 y dada la proliferación de psicoterapias que se produjo a partir del auge del movimiento cognitivo-conductual, la mayor parte de los autores que trabajan en este campo se dedicaron al desmantelamiento de las psicoterapias; es decir, a analizar qué elementos eran realmente los que producían el beneficio terapéutico esperado. Así, por ejemplo, se comprobó que tanto el entrenamiento en respiración como la jerarquía de estímulos no eran imprescindibles para producir efectos beneficiosos en la desensibilización sistemática utilizada para el tratamiento de las fobias. Se llevó a cabo, de este modo, una depuración de los denominados «elementos comunes de la psicoterapia», al mismo tiempo que se establecían comparaciones acerca del grado de eficacia de las distintas terapias psicológicas entre

sí. Se estableció así un jerarquía y una serie de guías prácticas acerca de qué psicoterapias se debían utilizar, cómo se debían utilizar y con qué tipo de pacientes.

El descubrimiento de que algunas formas de psicoterapia (concretamente la psicoanalítica) podía resultar perjudicial en algún tipo de paciente (afectados por el trastorno límite de personalidad) llevó a que se comenzaran a estudiar los efectos adversos de la psicoterapia. Los primeros resultados pusieron de manifiesto que aquellos abordajes psicoterapéuticos que habían demostrado su eficacia en el tratamiento de los enfermos (como la terapia cognitivo-conductual de Beck) tenía más efectos beneficiosos que perjudiciales en el caso de los enfermos depresivos, al igual que ocurría con la terapia dialéctica en el caso de los trastornos límite de personalidad; a pesar de ello, en algunos enfermos aparecían efectos negativos, como un mayor deterioro en algunos depresivos y una mayor irritabilidad en los límite. No obstante, como señala Denman Chess podríamos resumir los efectos adversos en el siguiente cuadro (Cuadro 2).

CUADRO 2: POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LA PSICOTERAPIA

GRAVES
Regresión y suicidio
Episodios psicóticos
Aumento de la depresión y la desesperanza
Aumento de la impulsividad o conductas irresponsables
Aumento de la ira y de las conductas violentas

MENORES
Costo e Inconveniencia de las sesiones semanales (trabajo, pareja, casa, etcétera.)
Emociones disfóricas y aumento de las auto-dudas
Alteración de las Relaciones Interpersonales

El mismo autor señala que dichos inconvenientes se subsanarían si los psiquiatras supieran prescribir la psicoterapia igual que hacen con los psicofármacos y si existiese una mayor colaboración entre las distintas profesiones que se ocupan de los enfermos mentales. Por otro lado, faltan trabajos de investigación que pongan de manifiesto qué psicoterapia tiene efectos adversos en qué enfermos del mismo modo que se ha hecho en los estudios sobre eficacia (así, por ejemplo, se sabe que la relajación no es conveniente en el trastorno de personalidad histriónico, o el registro de pensamientos no es útil en los TOC) Junto a esto son necesarios estudios experimentales de N=1 o de caso único para ver qué características del enfermo suscitan la aparición de dichos efectos.

Bibliografía

— Barlow DH: Negative Effects From Psychological Treatments. A Perspective. American Psychologist, 2010, 65 (1): 13-20.
— Bergin AS, Garfield SL (Eds): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. NY: Wiley, 1971.
— Denman Ch: The place of psychotherapy in modern psychiatric practice. Advances in psychiatric treatment, 2011, 17: 243–249.
— Gafield SL, Bergin AS (Eds): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. NY: Wiley, 1977.
— Roth A, Fonagy P: What works for whom? (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2004.

23. ¿Cuáles son, actualmente, las indicaciones de la terapia electroconvulsiva (TEC) y por qué tiene tan mala fama?

La terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos que más juicios de valor y calificativos ha recibido en el campo de la psiquia-

tría y probablemente de toda la medicina. Sin embargo, se trata de un tratamiento con más de 80 años de historia, eficaz, seguro y absolutamente vigente en la actualidad, en unas indicaciones determinadas y con unos procedimientos bien claros.

Las indicaciones actuales son, según el *Consenso Español sobre la de terapia electroconvulsiva*:

- Catatonía.
- Algunos episodios depresivos graves, con o sin síntomas psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas, y en general, cuando la depresión precisa de una respuesta rápida o está en riesgo la vida del paciente.
- Esquizofrenia, en los episodios agudos con importante componente motor (agitación, inhibición o catatonía), gran desorganización conductual y/o antecedentes de buena respuesta a la TEC. También puede indicarse la TEC para pacientes con esquizofrenia que presentan resistencia al tratamiento farmacológico antipsicótico, imposibilidad de administrar la medicación antipsicótica por el estado clínico del paciente, existencia de efectos indeseables graves de los antipsicóticos, síndrome neuroléptico maligno y/o existencia de clínica afectiva predominante y resistente.
- Manía aguda, en aquellos pacientes en que la respuesta al tratamiento farmacológico es insuficiente, de forma que el paciente o requiere dosis muy elevadas de fármacos, o requiere medidas de contención física prolongadas, o no aparece una respuesta satisfactoria o se requiere mayor rapidez de respuesta. 5) En otros trastornos como tratamiento de segunda línea, tanto en el caso de algunos trastornos psiquiátricos como en algunas enfermedades neurológicas resistentes a los tratamientos habituales.

Su mala fama hay que atribuirla a aspectos más allá de la medicina, puesto que desde el punto de vista de una medicina basa-

da en la evidencia, es un tratamiento absolutamente vigente para sus indicaciones. Revisando la historia, esta mala fama se inició a partir de los años 50, justo después de la revolución psicofarmacológica. Al aparecer tratamientos farmacológicos eficaces, otros tratamientos biológicos perdieron interés (psicocirugía, curas de Sakel, terapia electroconvulsiva…) y comenzaron a ser estigmatizados, y fueron poco más tarde también blanco de las corrientes antipsiquiátricas. La famosa película *Alguien voló sobre el nido del cuco*, basada en el libro de Ken Kesey del mismo título, contribuyó a alimentar esta visión negativa. Filósofos como Foucault con su imagen del manicomio también contribuyeron a esta visión negativa de la TEC y de la psiquiatría en general. También es cierto que antes de los psicofármacos estas técnicas se utilizaron de manera amplia en pacientes graves aunque con patologías en las que estas terapias biológicas no eran demasiado eficaces. Además, en aquella época la TEC se realizaba sin anestesia. Sin embargo, no se puede juzgar un tratamiento fuera de su contexto y de su época. Igual que hoy nos parece inadecuada la indicación y realización de TECs sin anestesia como se realizaban hace 50 años, en 50 años es probable que se considere, si aparecen tratamientos más seguros y eficaces, que una mastectomía no es un tratamiento correcto para una neoplasia mamaria.

Bibliografía

— Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. Rev. Psiquiatr. Salud Ment. 2015;8(2).

— Consenso Español sobre la terapia electroconvulsiva. Sociedad Española de psiquiatría biológica.
Disponible en:
http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/SEPB%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf

24. La magnetoterapia, es decir la utilización de pulsos electromagnéticos en el cerebro, en tratamientos contra la ansiedad y depresión, ¿está indicada? ¿Tiene efectos adversos?

La estimulación magnética transcraneal es un tratamiento experimental que se ha utilizado en diversos trastornos mentales. Se induce un campo magnético en zonas concretas del cerebro, el cual producirá un campo eléctrico en el cerebro según el principio básico de Faraday.

A diferencia de la TEC, los campos magnéticos no se frenan por la resistencia del cráneo ni de la piel y no se dispersan, pudiendo llegar a estimular de manera indolora y focal la corteza cerebral. Se realiza con el paciente despierto, no requiere anestesia. Sus efectos secundarios son leves y reversibles, destacando cefaleas ocasionales, y raramente problemas en el umbral auditivo y convulsiones. No se han descrito efectos a largo plazo.

Su eficacia es controvertida. Los estudios iniciales de eficacia no han podido ser replicados en grandes series de pacientes, superando solo al placebo de manera clínicamente débil en la depresión mayor. En el resto de trastornos psiquiátricos, como en el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia, su efecto es todavía más incierto, con pocos estudios y resultados contradictorios. También es cierto que uno de los problemas principales de la técnica es la necesidad de apuntar hacia una zona determinada del cerebro, cercana a la superficie. Este hecho implica que, quizás en un futuro, conociendo más la fisiopatología de las enfermedades mentales, se pueda definir mejor las áreas a estimular. Y también que con las mejoras técnicas se pueda llegar a estimular áreas más profundas.

En resumen, en la actualidad esta técnica, que aunque parece segura, no se ha mostrado suficientemente eficaz como para ser generalizada en la práctica clínica, de manera que continúa siendo una técnica de investigación sin tener indicaciones clínicas consensuadas.

Bibliografía

— Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Marban, 2012.

25. ¿Existen tratamientos eficaces en patología dual?

Sí, hay tratamiento eficaces, pero hay que recordar que en patología dual los cuadros clínicos tienen manifestaciones, evolución y necesidades de tratamiento con ciertas consideraciones especiales y que el pronóstico va a depender de la evolución de cada una de las patologías. Los pacientes duales precisan programas de tratamientos integrados, específicamente diseñados para ellos, que aborden simultáneamente la patología adictiva y el trastorno mental, ya que es poco probable que un paciente con patología dual mejore de uno de sus trastornos si no lo hace el otro. Estos tratamientos integrados deben ser acometidos, por su naturaleza, por un equipo multidisciplinar capaz de establecer objetivos a largo plazo y el seguimiento del paciente (Szerman N, Martínez-Raga J. 2015).

Los programas integrados permiten gozar de mejor coordinación, de menos dilaciones, menos interacciones negativas y menos pérdidas burocráticas de pacientes. Además, se emite un único mensaje tanto al paciente como a su familia, y posibilita una intervención precoz y coordinada en caso de recaídas. Los pacientes duales que reciben un tratamiento integrado experimentan mejor evolución, tienen menos hospitalizaciones y emplean más los recursos asistenciales comunitarios.

Los programas integrados deben incluir psicofármacos y tratamiento psicológico. Vega *et al* (2015) recalcan que el tratamiento psicofarmacológico adecuado es fundamental y señalan la necesidad de que los médicos que traten a estos pacientes conozcan bien cómo funcionan y las posibles interacciones con las drogas que pudieran consumir. También es necesario un tratamiento psicosocial que cubra las necesidades del paciente, ya que pueden ser factores importantes en el seguimiento o abandono del tratamiento por parte del paciente

y la integración en el medio social y laboral ha de ser considerado objetivo terapéutico en la intervención (Szerman N, 2014).

No obstante, hay que señalar que, en muchas ocasiones, son pacientes difíciles de tratar. Y es que a la complejidad ineherente de estos cuadros clínicos se suman trabas administrativas que dificultan su abordaje. Algunas comunidades autónomas carecen de programas coordinados de atención al paciente dual los derivan a los sistemas asistenciales existentes de tratamiento de adicciones por un lado y salud mental por otro.

Estas circunstancias hacen que se requieran recursos asistenciales especializados, no siempre disponibles, que permitieran la estabilización de ambos trastornos y una buena respuesta al tratamiento.

A pesar de las dificultades, el futuro parece prometedor. Hay cada vez un mayor número de profesionales suficientemente preparados para diagnosticar y tratar a estos pacientes y varias comunidades autónomas (Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla-León, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco) gozan ya de redes integradas, capaces de proporcionar tratamientos y recursos asistenciales específicos, de los que se benefician estos pacientes duales.

Bibliografía

— Szerman N, Martínez-Raga J. «Editorial», Advances in Dual Diagnosis 2015 Vol. 8 Iss: 2.
— Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral L, Basurte-Villamor I, Mesas B, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga L, Casas M, Roncero C. Dual Diagnosis Resource Needs in Spain: A National Survey of Professionals. Journal of Dual Diagnosis 2014;10(2):1–7.
— Vega, P; Szerman, N; Roncero, C; Grau-López; L, Mesías, B; Barral, C; Basurte-Villamor, I; Rodríguez-Cintas., L; Martínez-Raga, P; Piqué, N; Casas, M. Recursos para pacientes con Patología Dual en España. Saned 2015.

26. ¿Qué son tratamientos *depot*? ¿Es sinónimo de tratamiento de acción prolongada? ¿Son eficaces? ¿Mejoran la adherencia terapéutica?

Tratamiento *depot* es aquel que se realiza mediante inyectables de administración intramuscular que liberan lentamente el fármaco. Introducen comodidad en los tratamientos por disminuir el número de administraciones y favorecen el cumplimiento y resultados. en psiquiatría se indica con frecuencia en el tratamiento de la esquizofrenia.

Uno de los grandes problemas a la hora de tratar los trastornos psicóticos (esquizofrenias, principalmente) es la falta de adherencia al programa terapéutico (que incluye fármacos y otras intervenciones) que se indica al paciente. Es un problema común en todos los ámbitos de la medicina, pero adquiere especial importancia en paciente con trastornos mentales graves, ya este que suelen tener escasa experiencia y conciencia de enfermedad. No seguir el tratamiento indicado es el principal factor de riesgo para experimentar una recaída, con el consiguiente daño que dicha recaída produce en el paciente, en sus esferas biológica, psicológica y social (Bernardo et al, 2017).

Estas razones llevaron a buscar formulaciones galénicas de los antipsicóticos que permitieran asegurar la toma de medicación en aquellos pacientes que tuvieran problemas para seguir las indicaciones. Los primeros de ellos fueron comercializados a finales de la década de los 60, en concreto fue el decanoato de flufenacina *depot*, que fue ampliamente empleado.

Posteriormente, a principio de los años 80, aparecieron en el mercado los fármacos antipsicóticos de segunda generación, que aportaban una similar eficacia a los primitivos antipsicóticos (neurolépticos) y claras ventajas con respectos a su tolerancia y sus efectos secundarios. Desde principios del actual siglo se dispone de estos antipsicóticos de segunda generación en formas galénicas que permiten su efecto durante un tiempo prolongado. Estos fármacos se suelen denominar «antipsicóticos de larga duración» o de liberación prolongada.

En definitiva, podemos decir que son la actualización de los antiguos *depot* mediante fórmulas galénicas actualizadas.

Los antipsicóticos de larga duración se administran de forma inyectable y, dependiendo del antipsicótico en cuestión, exigen una dispensación bisemanal (risperidona), mensual (aripiprazol, palmitato de paliperidona) o, incluso, trimestral (palmitato de paliperidona). Eso permite no tener que dar medicación diaria, asegurar la administración, evitar picos plasmáticos asociados a la toma o no de la medicación y monitorizar el seguimiento, ventajas que se traducen en menor riesgo de recaídas y facilitan la integración en la comunidad.

Los antipsicóticos de segunda generación, en su forma galénica de larga duraciónson tan eficaces como los neurolépticos *depot* y tienen claras diferencias en cuanto que son mejor tolerados por su perfil de efectos secundarios. Por otra parte, los antipsicóticos de acción prolongada han mostrado la misma eficacia en la prevención de recaídas que los tratamientos orales (si se toman). La ventaja de los de larga duración es que aseguran la toma.

Hay contrapartidas. Dar fármacos de acción prolongada no permite flexibilizar la dosis ni retirarlos si aparecen efectos secundarios severos, pero estos son, afortunadamente, poco frecuentes.

Disponemos de varios antipsicóticos de nueva generación en presentación de larga duración. La elección de uno u otro debe realizarse en función del perfil de efectos del fármaco, de su perfil de efectos secundarios y de las preferencias del paciente.

En los últimos años se ha modificado el perfil de pacientes a los que se les recomendaba los antipsicóticos de larga duración; en principio estaban reservados para pacientes de evolución crónica, que fueran malos cumplidores con el tratamiento y con recaídas asociadas al abandono del mismo (GPC, Ministerio de Salud, 2009); sin embargo, en el momento actual están recomendados a pacientes de inicio, con el fin de asegurarles un tratamiento cómodo y dificultar las recaídas, (NICE, 2009; GPC, Ministerio de Salud, 2009), ya que estas están claramente asociadas a una peor evolución y pronóstico de la enfermedad y a peores resultados.

Bibliografía

— Bernardo, M; Cañas, F; Herrera, B; García-Dorado, M. La adherencia predice la remisión sintomática y psicosocial en esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes en la comunidad. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2017;10(3):149-159 . http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.001

— Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fórum de Salut Mental. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña (AATRM). Ministerio de Salud y Consumo. Programa de GPC en el SNS de GuíaSalud.

— Kishimoto, T, Robenzadeh, A, Leucht, C, Leucht, S, Watanabe,K, Mimura, M, Borenstein, M,. Kane, JM, Correll, CU.Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials. Schizophrenia Bulletin vol. 40 no. 1 pp. 192–213, 2014 doi:10.1093/schbul/sbs150 Advance Access publication December 17, 2012.

— NICE. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update). NICE clinical guideline 82. London: NICE; 2009d. Available from: www.nice.org.uk/CG82.

27. ¿Cuáles son las indicaciones para la contención física de un paciente? ¿Y la mecánica? ¿Cómo se llevan a efecto ambas? ¿Cuáles son las situaciones de mala praxis más frecuentes? ¿En qué casos procede el aislamiento del paciente? ¿Cómo debe llevarse a cabo?

La contención es una medida terapéutica indicada para el manejo de pacientes con agitación que, como cualquier otro tratamiento, debería ser indicada en unas circunstancias determinadas y cuando su aplicación registre el mejor cociente beneficio/riesgo.

En el manejo del paciente agitado se pueden distinguir diferentes tipos de contención: ambiental, verbal, farmacológica, aislamiento y contención física. La contención ambiental alude a las medidas generales a tener en cuenta para la prevención de un episodio de agitación, o su manejo en fases iniciales (procurar un ambiente relajado, minimizar elementos de riesgo…). La contención verbal es el proceso verbal interactivo que intenta orientar al paciente hacia un estado de calma. La contención farmacológica implica el uso de fármacos como medida coadyuvante con el fin de evitar el escalado de síntomas. El aislamiento es el confinamiento involuntario de la persona en una habitación a solas para impedir físicamente la salida de ésta. La contención física o mecánica es un procedimiento en el que se utilizan dispositivos homologados de sujeción física para limitar la movilidad del paciente.

Los objetivos de la contención física serán el garantizar la seguridad del paciente y de terceros, y facilitar la acción del resto de tratamiento. Se trata de una medida de último recurso, únicamente indicada si las anteriores no han sido eficaces o no se han podido aplicar, y limitada al menor tiempo posible. En todo caso habrá que informar al paciente y dejarle claro que no es un castigo sino que se trata de una medida terapéutica.

La indicación básica en psiquiatría es la agitación psicomotriz en la que las medidas alternativas no son efectivas. La indicación de contención ha de ser dada por un médico o por personal de enfermería.

Todos los centros han de tener un protocolo de contención que defina claramente las indicaciones, el método y la retirada. Todos los miembros del equipo han de conocer el protocolo y el procedimiento.

Si bien se trata de una medida que en la actualidad se encuentra criticada, no debemos olvidar que tiene un objetivo terapéutico y que en ciertos casos de agitación es la medida más segura y efectiva. De acuerdo a la *lex artis* actual, su uso no puede ser abandonado ni desplazado en todos los casos por medidas alternativas como el aislamiento.

La contención cero es el ideal hacia donde deberíamos llegar pero no es una meta actualmente posible, de manera equivalente a los accidentes de coche cero. Sin embargo, es cierto que ha de ser una medida

excepcional, de último recurso, de duración breve y realizada bajo las condiciones de seguridad y respeto.

Bibliografía

— Vieta E, Garriga M, Cardete L. Protocolo de atención a pacientes con agitación psicomotora. Hospital Clínic de Barcelona. Publicaciones del Hospital Clínic. Barcelona, 2016.

28. ¿En qué casos es adecuada la psicocirugía?

La psicocirugía es un conjunto de técnicas que consisten en la realización de una lesión quirúrgica de alguna parte del cerebro con el fin de corregir o compensar alguna disfunción cerebral. Como en el caso de la TEC, en sus inicios fue muy bien aceptada por la comunidad científica y por la población general. No en vano, a uno de sus impulsores, el Dr. Egas Moniz, se le otorgó el premio Nobel por este avance médico, que mejoraba a algunos pacientes que no tenían ningún tratamiento alternativo. Al igual que en la TEC, a partir de los años 50, con la aparición de los psicofármacos eficaces, sus indicaciones fueron puestas en entredicho, y también fue motivo de grandes críticas por la corriente antipsiquiátrica.

En la actualidad es una técnica de uso muy restringido. Solo están indicadas unas pocas técnicas estereotácticas en pacientes muy excepcionales, básicamente en el abordaje del trastorno obsesivo compulsivo resistente, y de manera todavía más excepcional en otros trastornos mentales graves intratables. En estos casos, hay que seguir un protocolo muy estricto y garantista para su indicación, y solo se realiza en muy pocos centros terciarios. Cabe destacar que consigue resultados espectaculares en pacientes seleccionados con una correcta indicación y una buena técnica.

Actualmente están apareciendo técnicas de neuroestimulación y neuromodulación como la estimulación cerebral profunda, que pue-

den ser una alternativa menos agresiva que la psicocirugía (aunque más compleja y costosa). En un futuro es probable que vayan reemplazando las ya escasa, prácticamente residuales indicaciones de la psicocirugía.

Bibliografía

— Vallejo J, Berrios G. Estados Obsesivos, 3ª Edición. Ed Masson, 2006.
— Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría. Ed Marban, 2012.

29. ¿Puede ser adecuada la esterilización contraceptiva del paciente en algunos casos de trastorno mental?

Se trata de una pregunta realmente compleja, donde los aspectos éticos son muy relevantes. Puede ser interesante el deliberar siguiendo los cuatro parámetros de Jonsen *et al.*: indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y factores contextuales. Bajo este esquema sería incompleto el contestar esta pregunta únicamente bajo el prisma de las indicaciones médicas. Ahora bien, de cara a las preferencias del paciente, tendremos que valorar su grado de autonomía, valorar su competencia, su información y la ausencia de coacciones. Y también, valorar si el futuro ser vivo tiene derechos potenciales, o si la sociedad también tiene algo que decir en el caso de enfermedades hereditarias con una gran carga de enfermedad. Por un lado, existe el riesgo de entrar en posturas eugenésicas, y también potenciar el estigma ante la enfermedad mental, pero por otro lado, es cierto que, médicamente, en algunas personas no están indicados los embarazos.

Sin contestar a la pregunta, una postura que considero adecuada, sería no centrar el debate en la presencia o no de un trastorno mental, sino otras variables, como el grado de competencia de la paciente. Es decir, el no centrar la decisión en el hecho de que la paciente tenga o no una enfermedad mental, sino en el grado de competencia, inde-

pendientemente de la causa. Así, se habría de tratar de manera similar a cómo se hace en otros ámbitos, como en el caso de la discapacidad intelectual. Por otra parte, como comenta Victoria Camps, nuestra sociedad a veces confunde deseos con necesidades, y necesidades con derechos.

Bibliografía

— Jonsen R. Siegler M. Winslade. Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Ariel ediciones, 2005 (traducción del original del 2002).

30. ¿Qué problemas presentan los ensayos clínicos y la investigación biomédica en pacientes que carecen de capacidad de consentir?

Desde el código de Nuremberg de 1947 se considera que para realizar cualquier experimentación con humanos es imprescindible el consentimiento informado de éstos. Este principio ha sido recogido por las legislaciones de los distintos países, y en nuestro medio ya estaba claramente recogido, tanto en el derogado artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 1986, como en la legislación actual. El Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos también plantea este requisito en su artículo 4.

El problema que se nos plantea, es, ¿cómo podemos realizar experimentación en pacientes que no pueden consentir? Lo que en principio podría ser beneficioso y protector para los pacientes, puede convertirse en algo dañino, al frenar la investigación en colectivos que, por su condición, no pueden consentir, como ocurre con niños pequeños o en algunos pacientes con trastornos mentales. Estos grupos se consideran poblaciones huérfanas, definidas como aquellas

poblaciones en la que se hace difícil el cumplir los estándares éticos, principalmente el principio de no maleficencia.

Existen alternativas, como el consentimiento por sustitución: como la persona no puede consentir, será otro quien decida por él, tal y como se hace habitualmente en el caso de los niños por medio de los padres.

Dado que muchos pacientes con enfermedades mentales solo tienen alterada la competencia en fases agudas, otra posibilidad es la declaración de voluntades previas o toma de decisiones anticipada, de manera que los pacientes puedan decidir previamente qué desearían en caso de descompensación. Si bien este método puede ser útil en la práctica clínica, es difícil su uso real en investigación.

Otra alternativa seria la ratificación del consentimiento a posteriori, una vez el paciente ha recuperado la autonomía. En este caso tendría que validar la aceptación de haber formado parte de un estudio.

La normativa actual al respecto viene recogida en el artículo 6 del Real Decreto ya señalado (1090/2015) en el que se mencionan expresamente los requisitos para «ensayos clínicos con personas con la capacidad modificada para dar su consentimiento». Deben cumplirse las condiciones enumeradas en el artículo 31 del Reglamento (UE) nº 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 16 de abril de 2014, y contar con un protocolo aprobado por un Comité de Ética de la Investigación con medicamento (CEIm). De igual modo, es necesario contar con el consentimiento informado previo del representante legal o de la persona vinculada a ella por razones familiares o de hecho, según proceda. En cualquier caso, el investigador debe asegurarse «razonablemente» de que no existen instrucciones previas de la persona al respecto antes de presentar una modificación de su capacidad, teniendo estas que se respetadas.

Si bien todas estas alternativas son complejas, lo que sí que es necesario es poder realizar investigación en poblaciones vulnerables que no puedan consentir, ya que, si no se permite la investigación, se

las está discriminando y se las está privando de los posibles avances científicos, tanto o más necesarios en estas poblaciones que en otras, dado su carácter vulnerabilidad.

Bibliografía

— Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical ethics. 7 Ed. Oxford University press; 2009.
— Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. [Fecha de consulta: 1 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/24/pdfs/BOE-A-2015-14082.pdf

31. ¿Qué tipo de recursos médicos asistenciales deberían potenciarse para el tratamiento de los trastornos psíquicos y para evitar el internamiento psiquiátrico recurrente?

Existen diferentes modelos asistenciales, incluso en nuestro país, con resultados variables y no siempre extrapolables de un lugar a otro. En general, los resultados más consistentes se obtienen con modelos comunitarios, en los que se potencia toda una serie de recursos que pretenden disminuir el número de recaídas, tratamientos integrales y, por consiguiente, disminuir el número de reingresos y conseguir altar pacientes complejos. Para conseguir unos buenos resultados es clave la integración de los recursos sanitarios y sociales, pero también otros como laborales y legales. Lo realmente importante es el ensamblaje de los diferentes dispositivos, así como el estilo de trabajo de los profesionales. Es importante la coherencia, la complementariedad y la flexibilidad. También es básico un sistema de financiación unificado y no fragmentado en diferentes departamentos.

Ejemplos de recursos comunitarios son las residencias para personas con enfermedad mental, los pisos con soporte, los planes de servicios individualizados, los servicios de rehabilitación comunitaria, los centros de día, los clubs sociales, los centros especial de trabajo, los prelaborales, fundaciones tutelares, etcétera, entre otros. De todas maneras, más que una enumeración exhaustiva de recursos, lo importante es su engranaje, ya que han de funcionar como un todo, conjuntamente con los recursos sanitarios. El centro de salud mental ha de ser un eje articulador de todos estos recursos, y la figura del gestor de casos puede ser fundamental para ordenar la acción de cada recurso y los profesionales que los integran en un paciente dado.

Por otro lado, es imprescindible la adherencia terapéutica del paciente, no solo la farmacológica. Si el enfermo no asiste a los servicios señalados ni toma la medicación indicada, de poco sirven los recursos disponibles. En estos casos habrá que recurrir al TAI.

Bibliografía

— Organización Mundial de la Salud. Fomento de la Salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Publicaciones de la OMS, 2009.
— Thornicrotf G, Tansella M. La matriz de la salud mental, manual para la mejora de servicios. Ed. Triacastela; 2005.

32. ¿Pueden ser los hospitales de noche una buena respuesta terapéutica para garantizar la adherencia al tratamiento médico por parte del paciente con enfermedad o trastorno psíquico?

Sí, los hospitales de noche pueden ser una alternativa al ingreso a tiempo completo en algunos pacientes determinados que requieran una supervisión diaria. Sin embargo, existen también otras alternativas residenciales

que van más allá del hospital y que pueden también ser igualmente útiles, como las residencias para personas con enfermedad mental, o incluso pisos con soporte. Estos otros recursos, unidos a otros programas asistenciales como los planes de seguimiento individualizado, o programas de atención domiciliaria, pueden ser una buena alternativa comunitaria a los hospitales de noche y a la hospitalización de media estancia a tiempo completo. Como se comentaba en la pregunta anterior, más que el recurso en sí de manera aislada, lo importante es el engranaje entre los distintos recursos, entendidos como un todo y funcionando de manera integrada, destacando el papel de los centros de salud mental y de los gestores de casos.

Bibliografía

— Organización Mundial de la Salud. Fomento de la Salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Publicaciones de la OMS, 2009.
— Thornicrotf G, Tansella M. La matriz de la salud mental, manual para la mejora de servicios. Editorial Triacastela, 2005.

33. ¿Es cierto que en los trastornos de personalidad la medicación va destinada a tratar los síntomas comórbidos, como la ansiedad y la depresión, más que el propio trastorno?

Existe un amplio consenso acerca de que los trastornos de personalidad no tienen tratamiento farmacológico, pero los síntomas sí. Es decir, siempre y cuando el paciente conceda su consentimiento se pueden tratar síntomas tales como distorsiones cognitivas, déficit en el control de impulsos, inestabilidad afectiva, ansiedad, etcétera. pero evaluando siempre el costo/beneficio que supone la medicación y en qué medida se ha lograda una buena alianza con el paciente a este respecto.

34. Se aprecia un incremento en los últimos años del número de ingresos clínicos de menores con intentos autolíticos asociados a desesperanza, tedio vital, o a conductas disruptivas ¿Cuáles son sus factores determinantes? ¿Existe algún medio terapéutico para su abordaje integral?

Los factores relacionados con conducta suicida no son homogéneos para toda la población. Así, no solo hay factores más relacionados con un sexo u otro, sino también a variables como edad, patología, cultura, situación social y, en definitiva, la situación biológica, psicológica, social y cultural del individuo en cada momento. Se estima que en alrededor del 90 % de los sujetos que se suicidan existe patología mental. El factor de riesgo más importante para el suicidio es haber tenido intentos de suicidio. Hay patologías más asociadas al suicidio que otras: así, los cuadros depresivos y el consumo de tóxicos (incluido el alcohol), están presentes en más de la mitad de los suicidios. Esto no implica que esté ni tratada ni siquiera diagnosticada. Asimismo, hay factores psicológicos relacionados con un mayor riesgo de suicidio, como la desesperanza, el pensamiento dicotómico (todo-nada), la agresividad y la impulsividad. El suicido es la segunda causa de muerte violenta entre adolescentes y adultos jóvenes en nuestro país, detrás de los accidentes de tráfico. Los factores para los intentos autolíticos en adolescentes y jóvenes son, además de la patología psiquiátrica (depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias y esquizofrenia), otros factores como la existencia de mayor impulsividad/agresividad, la presencia de fugas del hogar, el vagabundeo, orientación homosexual, problemas académicos escolares, y *bullying*. La presencia de abusos sexuales en la infancia también se ha relacionado de forma importante con suicidio a lo largo de la vida.

El tratamiento o abordaje del riesgo de suicidio es un auténtico reto para los profesionales. No existe un tratamiento que cuadre para todos los casos ya que depende, en gran medida, de la patología mental con la que se asocie. El tratamiento se indicará según cada caso concreto

y habrá que diseñar un tratamiento psicofarmacológico y psicológico adecuado a la situación clínica y personal del joven con riesgo de suicidio. Sin embargo, el tratar la patología subyacente no garantiza el resultado, por lo que hay que favorecer los factores protectores al máximo, como serían asegurar una atención continuada y accesible, recomendar el apoyo familiar y promover la integración social. En la actualidad se está investigando sobre el papel protector y de alerta a través de aplicaciones móviles y redes sociales, tan presentes en la vida cotidiana y más aún en los jóvenes.

Bibliografía

— Ganz D, Sher L. Adolescent suicide in New York City: plenty of room for new research. Int J Adolesc Med Health. 2012;24(2):99-104.
— Picazo-Zappino J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. Actas españolas de Psiquiatría. 2014;42(3):125-32.

35. Partiendo de que la adherencia al tratamiento es un condicionante de su éxito, ¿qué eficacia pueden tener las terapias impuestas judicialmente?

La terapia «impuesta judicialmente» podemos encontrarla tanto en la jurisdicción penal como en la civil (en esta última, técnicamente se trataría de una autorización para tratamiento involuntario ya sea mediante internamiento en centro hospitalario o mediante tratamiento ambulatorio involuntario —TAI—).

En la vía penal, dentro las medidas no privativas de libertad, se hace mención en el articulo 106.1.k del Código Penal a la «obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico». Debemos dejar claro que no existen estudios acerca de seguimiento al respecto pero la experiencia profesional enseña que pacientes que se encontraban separados del sistema sanitario vuel-

ven a tener contacto con el mismo y que la adherencia dependerá en gran medida tanto del trastorno psicopatológico de fondo así como de las medias de apoyo sociosanitario que se puedan aplicar. En el caso que todos los elementos resulten positivos, lo cual no es fácil, puede tratarse de una medida útil para reincorporar al paciente al centro de salud mental.

Desde la perspectiva civil ya se ha realizado aproximación al TAI en otra pregunta, por lo que para evitar repeticiones, remitimos a la misma. Solo señalar que existen discrepancias acerca de la utilidad del mismo, si bien debe quedar claro que el juez se limita a autorizar una propuesta médica de actuación sobre un paciente. Según algunos autores, el 54 % de los pacientes opinaron que aplicar el TAI fue una medida beneficiosa para el tratamiento; 80-90 % de los psiquiatras y familiares consideran lo consideran una medida beneficiosa para el paciente; en el 13 % de los casos de pacientes con TAI, fue el último recurso para conseguir la adherencia del paciente al tratamiento ambulatorio; y alrededor del 10% de los pacientes con tratamiento asertivo siguen el plan de tratamiento solo cuando se les obliga con el TAI.

Independientemente de lo anterior, en el ámbito de la salud mental se está trabajando para conseguir modelos asistenciales basados en la autonomía de los pacientes, con modelos de decisiones compartidas. Este modelo sería contrario a la «imposición judicial». No obstante el psiquiatra debe tener claro que tiene ante sí a un paciente y que su abordaje va a seguir los criterios clínicos, éticos y deontológicos de su profesión, informando al tribunal de las incidencias de interés que surjan en la evolución. Estas terapias pueden ser útiles e imprescindibles en algunos casos en fases agudas (como en los internamientos involuntarios) y, también, de manera excepcional, en algunos pacientes no agudos con el fin de prevenir recaídas y asegurar la adherencia. Sin embargo, incluso en estos casos se habrá de trabajar para irse aproximando a modelos de decisión compartida, con el fin de intentar limitar en el tiempo la terapia impuesta judicialmente.

Bibliografía

— Hernández-Viadel M.; Lera G.; Cañete C.; Pérez JJ.; Tratamiento involuntario: opinión de las personas implicadas. Arch Psiquiatría 2007; 70:65-74.
— Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8ª Edición. Elsevier-Masson, 2015.

36. ¿Cuál es el papel de la enfermería psiquiátrica o salud mental en el tratamiento y evolución del paciente?

La enfermería de salud mental es una de las pocas especialidades de enfermería reconocidas en España a la que se accede con una formación EIR especializada, de manera similar al MIR de los médicos. Su ámbito de actuación va mucho más allá de la enfermería hospitalaria, siendo clave su papel en toda la salud mental comunitaria. De hecho, probablemente su importancia aumentará, sobre todo en el ámbito comunitario, tal y como ya sucede en otros lugares de Europa como en Escocia, por ejemplo.

El desarrollo de planes de cuidados aumenta el nivel científico y la práctica enfermera. Entre los planes de cuidados destacan aquellos para promover y mejorar la salud mental, para ayudar a las personas con problemas específicos de salud mental, y para tratar problemas relacionados con la enfermedad mental crónica.

Actualmente, enfermería es un grado de 4 años de duración, con numerus clausus de entrada y una nota de corte elevada. Para obtener la especialidad es necesario además aprobar una prueba selectiva (el EIR) y después realizar la formación sanitaria especializada de dos años más de duración. Esta amplia formación hace que sus competencias puedan ser superiores a las que están reconocidas legalmente en nuestro país. Así, una legislación restrictiva puede ser un freno a un mayor desarrollo del papel más amplio que debería tener la en-

fermería de salud mental, con el agravante de una carencia de otros especialistas, como los psiquiatras y los psicólogos clínicos. Estudiar otros modelos europeos podría ser muy útil con el fin de generar los cambios organizativos y competenciales de cara profesión sanitaria en el ámbito de la salud mental.

Bibliografía

— Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª Edición. Ed Médica panamericana, 2012.
— Scottish Government. Mental Health Strategy 2017-2027. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/

B.3. CAPACIDAD

José Arsuaga Cortázar[1]; Carlos Eloy Ferreirós Marcos[2]; Carlos Ganzenmüller Roig[3]; Iñaki Madariaga Zamalloa[4]; María Núñez Bolaños[5]

37. ¿Qué criterios (o escalas) emplean los facultativos para medir la capacidad de autogobierno a que se refiere el artículo 200 del Código Civil? ¿Cuáles son los diagnósticos que con mayor frecuencia, suelen tener acceso a los procedimientos de modificación de la capacidad?

En efecto, el art. 200 del Código Civil («son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma»), es clave en la regulación del proceso de incapacitación. También regulan este proceso los artículos 199 y 201 del mismo Código Civil.

[1] Magistrado. Presidente de la Audiencia Provincial de Cantabria.
[2] Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante.
[3] Fiscal. Fiscalía del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil.
[4] Director de la Unidad de Psiquiatría Legal en el Hospital Aita Menni. Arrasate-Mondragón. Guipúzcoa.
[5] Magistrada. Juzgado de Instrucción nº 6. Sevilla.

En el caso de la psiquiatría, el proceso más adecuado para medir la capacidad de autogobierno a seguir es la elaboración de una detallada historia clínica de la persona a evaluar en el marco de las exploraciones psiquiátricas y psicológicas necesarias, con una amplia perspectiva longitudinal en la que a su vez se haga presente la persistencia en el tiempo de los síntomas/déficits detectados y poniendo a su vez especialmente el acento en las repercusiones funcionales que se derivan de los mismos.

Al respecto es importante decir que a la entidad judicial correspondiente (que es quien toma la decisión final), le interesa no tanto el diagnóstico clínico sino fundamentalmente las dimensiones de temporalidad y de funcionalidad del caso y en definitiva, su posterior repercusión operativa en la autogobernabilidad de la propia persona.

El ejercicio de recabar información desde el medio familiar, social, docente, laboral, etcétera. que le rodea a la persona a evaluar, nos puede ser de gran ayuda en este proceso y por lo tanto es también imprescindible hacerlo.

Finalmente, es necesario llevar a cabo una evaluación psicométrica complementaria que nos puede ayudar mucho, tanto a aclarar o ratificar la información previamente recabada como a cuantificar en la medida de lo posible la repercusión funcional de la misma. Para el entorno judicial, la realización de una buena evaluación psicométrica es garantía de la utilización de una herramienta muy útil en el propio proceso de incapacitación.

En nuestro ámbito profesional, la demencia es la causa más frecuente de modificación de la capacidad. En segundo lugar, discapacidad intelectual en sus diferentes rangos y particularidades. A continuación, los trastornos psicóticos en sus diferentes modalidades.

Finalmente, las escalas más útiles al respecto y herramientas a utilizar en el proceso evaluativo —en nuestra opinión—, son las siguientes:

- Escala de evaluación de inteligencia Weschler (niños y adultos), posiblemente la más utilizada en la actualidad para valoración de inteligencia.

- Escala global de deterioro (GDS) (orientada a evaluar el deterior cognitivo en la persona disminuida psíquica con amplio margen de fiabilidad).
- West Virginia/UAM (idónea para valorar el comportamiento adaptativo en discapacidad psíquica por retraso mental).
- MEC: A fin de explorar áreas cognitivas tales como atención; memoria; concentración; lenguaje; cálculo; memoria. (fiable y de fácil y rápida ejecución).

Bibliografía

— Código civil español (24 de Julio de 1989) con adaptaciones posteriores.
— Kaplan Sadock. Psiquiatría Clínica.
— -Grisso. Evaluating competencies: forensic assessments and instruments.

38. En especial, ¿qué criterios se siguen para medir las alteraciones en el curso del pensamiento o en los procesos de razonamiento? ¿En qué medida inciden los trastornos de la percepción sensorial?

Enlazando con la respuesta anterior, ante todo hay que destacar la importancia en la necesidad del desarrollo de una historia clínica adecuada para cada caso, operativizada a través de una serie de exploraciones psiquiátricas y psicológicas-psicométricas y todo ello, como herramienta imprescindible para poder hacer una aproximación evaluativa inicial precisa.

Ahondando al respecto y en este marco, hay que detectar la posible existencia por parte del evaluador de signos tales como la bradipsiquia, taquipsiquia, incoherencia, disgregación, bloqueos del pensamiento, tangencialidad, limitada capacidad de razonamiento abstracto, alogia, dificultad en la existencia de razonamientos analógicos, clasificación de conceptos alterada, etcétera.

Posteriormente —y también con puntos en común con la respuesta a la pregunta anterior— la realización de una evaluación psicométrica complementaria, nos permitirá la clarificación y ratificación de la sintomatología clínica detectada, así como su cuantificación y posterior repercusión funcional en la persona, que es lo que interesa principalmente a la entidad judicial correspondiente, por si procede llevar a cabo una modificación de capacidad de la persona en cuestión.

Los trastornos de la percepción interfieren e inciden negativa y habitualmente de manera significativa, tanto en el curso del pensamiento como el desarrollo de los procesos de razonamiento del individuo.

Preferentemente y como ejemplo más frecuente, están las alucinaciones (percepción sin objeto) de tipo auditivo o visual. En menor medida, las alucinaciones gustativas y olfatorias.

En síntesis, los trastornos de la percepción sensorial, casi siempre denotan en sí mismos la existencia de un estado mental patológico grave, que conlleva alteraciones en el curso del pensamiento así como en el propio proceso de razonamiento del individuo.

39. Constituye la «voluntad» una categoría definida en psicopatología? ¿Se puede distinguir con nitidez de los procesos de comprensión y razonamiento? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué criterios se emplean para medirla?

La respuesta es no. La voluntad (para muchos estudiosos del tema, difícil de definir conceptualmente), es un ejemplo de actividad psíquica, caracterizada por «esfuerzo personal», dirigida cognitivamente a un objetivo concreto y con base en una motivación previa.

Todo ello no tiene en sí mismo conexión con categorías psicopatológicas concretas.

De forma didáctica y muy sintetizada, se puede decir que el instinto, el impulso, la motivación y la voluntad forman parte de una cadena de funcionamiento psíquico y en la que en esta última (la voluntad) para su operativización, predominan los aspectos más cognitivos de conciencia, comprensión, razonamiento y responsabilidad del propio individuo. Sin embargo en los primeros (especialmente el instinto y el impulso), su funcionamiento está más mediatizado por principios primarios y no tan cognitivos.

Ahondando al respecto y diferencia del mundo jurídico, cabe señalar que en la actualidad la voluntad ya no desempeña en sí misma un papel significativo en la psiquiatría y en la psicología. En estas dos especialidades, la alteración de la voluntad tiene una dimensión básicamente funcional y en todo caso, es el resultado de procesos psicopatológicos previos,—estos últimos sí categorizados— y en los que habitualmente, sí están detectadas alteraciones en los procesos de razonamiento y comprensión entre, otros.

Ahondando en la dimensión didáctica y para que el lector pueda entender mejor: el trastorno esquizofrénico es un ejemplo de enfermedad paradigmática al respecto, con graves procesos psicopatológicos en su haber y en los que la apatía, aplanamiento afectivo, ambivalencia, pasividad, etcétera se hacen habitualmente presentes como síntomas que generan finalmente y entre otras situaciones, una grave alteración de la voluntad en la persona que la padece.

También en los trastornos afectivos de tipo depresivo, especialmente los de larga evolución, está habitualmente alterada la voluntad.

Finalmente, es importante decir que hablar de la voluntad, nos obliga a los peritos psiquiatras una vez más a hacer un necesario ejercicio de buena traducción de lo psicopatológico hasta lo funcional, para poder ser útiles en nuestra labor de asesoramiento y ayuda al medio judicial. Como se ha dicho previamente, el concepto de voluntad es de mucha relevancia en dicho medio judicial, a diferencia del nuestro.

40. La carencia de habilidades sociales básicas ¿está siempre relacionada con una alteración psicopatológica?

Las habilidades sociales básicas hacen referencia al conjunto de estrategias de conducta que permiten a la persona establecer un nivel de interrelación al menos razonablemente adecuado con su entorno social.

Estamos hablando de habilidades elementales tales como presentarse, dar las gracias, presentar a otras personas, hacer una pregunta, iniciar una conversación, saber escuchar, etcétera.

Quedan excluidas habilidades sociales más sofisticadas, tales como la capacidad de establecer un grado de empatía con el entorno, la capacidad de transmitir sentimientos y emociones personales, la de identificar un problema y buscar soluciones, negociar…

Indudablemente, cuando la persona presenta una alteración psicopatológica y en función del tipo grado de alteración, es muy posible que esas habilidades queden disminuidas e incluso anuladas. Un ejemplo muy válido es el del trastorno esquizofrénico al que ya hemos hecho referencia previamente, donde la probabilidad de que estén limitadas e incluso anuladas es elevada, especialmente si predominan los síntomas negativos. No siempre la falta de habilidades sociales tiene un fondo psicopatológico; la educación es un factor importante y la carencia de la misma puede dar lugar a escasez de las habilidades reseñadas.

No obstante, es importante decir que también en otros supuestos (trastorno orgánicos cerebrales, discapacidad psíquica, déficits educacionales y formativos…) puede haber limitación en dicha capacidad.

Cabe señalar finalmente que existe una escala (Escala de habilidades sociales —EHS—), que en nuestra opinión suele ser de gran utilidad para evaluar dichas habilidades en un período corto de tiempo (quince minutos aproximadamente) y con un doble perfil según la circunstancia de la persona a evaluar: clínico o escolar.

41. Los denominados «síntomas negativos» en la esquizofrenia, ¿pueden dar lugar a la pérdida de habilidades sociales básicas?

En efecto y tal como ya se ha señalado en la respuesta anterior, pueden afectarlos y de forma relevante.

La esquizofrenia con predominio de síntomas negativos es una de las formas más graves de trastorno psiquiátrico, caracterizada fundamentalmente por la existencia de sintomatología de tipo «defectual» (apatía; abulia, inercia, aislamiento social; puerilidad, hipoactividad, limitadas respuestas emocionales, intensa disgregación del pensamiento…), y en las que el individuo que la padece, presenta habitualmente grave deterioro defectual global en su personalidad.

En estos casos, es altamente probable la carencia de capacidades para el desarrollo de un mínimo de habilidades básicas que permitan al individuo interactuar de forma adecuada con su entorno personal, familiar, social…

La aplicación de la escala de habilidades sociales —EHS— (si es posible llegar a su aplicación), suele ser muy evidente en sus resultados.

Bibliografía

— Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.
— Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10.

42. El denominado síndrome de Diógenes, ¿en qué medida afecta a las capacidades que denominamos intelectuales y volitivas?

El síndrome de Diógenes hace referencia a una serie de síntomas clínicos caracterizados fundamentalmente por el aislamiento social,

deterioro físico, descuido en hábito de higiene y alimentación y tendencia a acaparar y a retener todo tipo de objetos.

Es un síndrome propio de la tercera edad aunque en ocasiones puede presentarse en personas cronológicamente más jóvenes.

Hay dudas etiológicas y hay quienes lo consideran básicamente como un problema fundamentalmente de índole social y no un problema médico-psiquiátrico.

Sin embargo, la realidad es que es habitual la existencia de comorbilidad psiquiátrica en términos de pensamientos intrusivos, delirios crónicos, alteraciones afectivas predominantemente de tipo depresivo, signos de demencia, etcétera.

Desde una perspectiva jurídica, suelen ser motivo de problemas de índole legal ya que por ejemplo su hospitalización psiquiátrica o posible inicio de proceso de incapacitación civil puede estar dificultada si no hay una enfermedad psiquiátrica clara que sustente el síndrome. El comportamiento de estas personas (frecuentemente huraño, aislamiento voluntario, sin conciencia del problema…) agudiza esta situación, existiendo en ocasiones la duda de si se trata de un estilo de vida o de una enfermedad psiquiátrica como tal.

Finalmente y aun reconociendo la existencia de estos elementos de duda, en la mayoría de los casos se hace evidente la alteración en la capacidades intelectuales y volitivas de estas personas y por lo tanto de necesidad de tratamiento y quizás posteriormente, de posible modificación en su capacidad.

43. Desde el punto de vista médico, ¿existe un tratamiento diferenciado para la atención del paciente en lo que derecho denomina «facultades intelectuales» y «facultades volitivas»?

En nuestra opinión y en lo que hace referencia a la práctica asistencial habitual, no. Las alteraciones de las facultades intelectuales y volitivas van frecuentemente de la mano y son el resultado de un

proceso psicopatológico previo en términos de trastorno psiquiátrico específico, déficit psíquico o enfermedad orgánica cerebral.

En este contexto, el abordaje psiquiátrico-psicológico va dirigido básicamente al tratamiento de las causas que sustentan estas alteraciones, si bien es cierto que desde el mundo de la psicología suele haber programas específicos de intervención rehabilitadora en ámbitos concretos y focalizados para la recuperación de capacidades ya sea de tipo intelectual, emocional, volitivo, etcétera.

En síntesis, es importante señalar una vez más que los marcos conceptuales del ámbito jurídico y del ámbito psiquiátrico son en ocasiones diferentes y aspectos como por ejemplo el de las «facultades volitivas», tienen un enfoque conceptual y una prioridad también diferenciada.

Por todo ello es importante señalar el necesario ejercicio de aproximación y colaboración entre especialistas en la resolución de problemas sanitario-judiciales, habitualmente complejos y de difícil abordaje global, especialmente en el ámbito psiquiátrico.

44. ¿Puede tener una persona, por una alteración psicopatológica, exclusivamente afectada su competencia en una materia concreta y no las demás, por ejemplo en los delirios de referencia y litigación o en los afectados por ludopatía?

En efecto, en ocasiones existen cuadros psiquiátricos caracterizados por la presencia de alteraciones significativas en determinadas funciones psíquicas, conservándose por otra parte el resto de las funciones del individuo en un régimen de total normalidad.

Precisamente un ejemplo de este tipo de alteraciones son los trastornos psiquiátricos de ideas delirantes entre los que se encuentran los delirios de referencia.

Ahondando al respecto y en nuestro entorno clínico psiquiátrico solemos decir al respecto y de forma casi coloquial, que en estos

pacientes existe un delimitado núcleo psicótico y que básicamente explica la ideación delirante, pero al mismo tiempo, el resto de las funciones psíquicas de esa persona (neurocognitivas, emocionales, etcétera), están perfectamente conservadas a diferencia, por ejemplo, de lo que ocurre en los trastornos esquizofrénicos, en los que hay una alteración global y generalizada del psiquismo y no focalizada, como ocurre en el caso que nos ocupa (trastornos de ideas delirantes).

Desde la perspectiva judicial, este aspecto psiquiátrico está perfectamente contemplado, discernido y encauzado con la existencia de figuras jurídicas diferenciadas como la «tutela» y la «curatela», orientadas a la protección de individuo afectado psíquicamente.

En la primera —«tutela»—, la protección al enfermo psiquiátrico tiene una amplia dimensión de intervención e incluye aspectos de protección y cuidado de la persona y bienes así como incluso, de representación del propio individuo. Todo ello en el marco de una enfermedad psiquiátrica grave y con afectación generalizada en su funcionamiento psíquico.

En la segunda —«curatela»—, sin embargo la protección al individuo enfermo psiquiátrico se ciñe a aspectos funcionales concretos, frecuentemente de índole económico-patrimonial y habitualmente desde una posición de ayuda y colaboración.

Este tipo de figura jurídica encaja muy bien y es muy útil en alteraciones psiquiátricas focalizadas como pueden ser los trastornos de ideas delirantes (por ejemplo, delirios de referencia), a los que estamos haciendo mención. La dificultad radica sin embargo en que la propia persona enferma tenga una mínima capacidad de *insight*, sea consciente de su situación y en definitiva se deje ayudar.

45. ¿Qué problemas plantea el dictamen psiquiátrico en el contexto de una declaración judicial de modificación de la capacidad?

Los problemas derivan de las tres circunstancias concretas a las que el informe pericial debe responder de acuerdo al artículo 200 del

Código Civil: a) la existencia de enfermedad psíquica, b) permanencia y c) la capacidad de autogobierno.

En cuanto al diagnóstico de enfermedad psíquica, si bien lo habitual es que la persona venga diagnosticada, debe regir un principio: la revisión del diagnóstico. Los informes médicos que aporta la familia (es lo habitual) que solicita la modificación de la capacidad, deben ser un elemento de guía pero sometido a la crítica de quien realiza el informe pericial. Mayor dificultad existe cuando no consta informe médico alguno y cabe plantearse: si no consta enfermedad, ¿cómo es posible que se solicite la incapacidad? Hay que ser sutil en estos momentos, tener siempre claro quién solicita la modificación de la capacidad y por qué motivos y realizar el diagnóstico siguiendo el método psiquiátrico: la entrevista psiquiátrica como principal elemento y las pruebas complementarias que se estimen oportunas (de imagen, laboratorio o psicológicas). En este apartado, conviene reseñar que, si bien resulta científicamente necesario realizar todos los diagnósticos de acuerdo a las clasificaciones internacionales, existen casos en los que apreciamos una patología que altera seriamente la voluntad libremente determinada y no se ajusta a las mencionadas clasificaciones: la dependencia patológica que se establece con alguna persona del entorno. Se trata de una dependencia basada en la asimetría en la que la persona mayor, actúa en virtud de ideas sobrevaloradas acerca de aquella y en ocasiones en contra de sus propios intereses. Se trata de una circunstancia de cada vez mayor representatividad dado que el número de personas mayores va en aumento en nuestra sociedad.

En relación a la permanencia, en general se puede prever la evolución de la misma en casos como la discapacidad intelectual, la demencia, el trastorno grave de la personalidad o la grave dependencia a sustancias tóxicas dado que tendrán el mencionado carácter. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando se trata de trastornos que cursan por brotes como la esquizofrenia o por fases como el trastorno bipolar? En estos casos, si bien la persona vendrá definida por ese diagnostico y debe realizar tratamiento de forma habitual, en caso de compensación de la psicopatología, tendrá plena capacidad para decidir. Es decir, segui-

rá siendo una persona con esquizofrenia o con trastorno bipolar, que realiza tratamiento habitual como muchas enfermedades somáticas, la hipertensión arterial o la diabetes por ejemplo, y que en caso de buena adherencia es posible que esté largo tiempo sin que se produzcan alteraciones psicopatológicas. Es decir, presenta intervalos lúcidos de larga evolución. En estos casos, se informará en tal sentido al tribunal para que de acuerdo a la explicación del psiquiatra sobre el carácter de permanencia decida lo que estime conveniente con arreglo a la ley.

Si bien los dos elementos anteriormente señalados son de carácter estrictamente médicos, determinar la capacidad de autogobierno implica un conocimiento acerca de la funcionalidad de la persona en diferentes ámbitos de la vida: personal, interpersonal, económico, jurídico y administrativo. La citada funcionalidad hay que estudiarla en relación a la psicopatología detectada y la posible causalidad. Este último aspecto no resulta asunto baladí y requerirá de la mayor información posible acerca del funcionamiento de la persona a lo largo de su vida. Por ello, resulta necesario obtener el mayor conocimiento de la persona a quien se le pudiera modificar la capacidad no solo a través del propio reconocimiento del psiquiatra o del médico forense, sino de lo aportado por la familia, cuidadores y otros profesionales como psicólogos y trabajadores sociales.

46. ¿Qué criterios (o escalas) se emplean para medir la capacidad para emitir un testamento?

Para valorar la capacidad para otorgar testamento, los criterios, en un principio, son los mismos que para valorar la capacidad de una persona: entrevista psiquiátrica, detección de psicopatología que genere un diagnóstico, permanencia y afectación sobre la capacidad de autogobierno, en este caso para otorgar testamento.

El momento que genera mayor dificultad es el estado inicial de la demencia pues si bien las pruebas cognitivas pueden encontrarse alteradas pero sin indicar claramente la existencia de una demen-

cia, de acuerdo a los criterios de CIE-10, con frecuencia se producen cambios emocionales previos a la afectación cognitiva. Se trata de un momento de especial vulnerabilidad en el que la persona mayor puede establecer relaciones de dependencia emocional patológica que terminen por originar actuaciones contrarias a su conducta habitual. Se habría producido una alteración de la voluntad que dejarIa de ser libre para venir determinada por la relación señalada.

Por otro lado, hay que dejar claro que no existen pruebas complementarias específicas para valorar la capacidad para otorgar testamento.

No obstante, la circunstancia psicopatológica más relacionada con este problema es la demencia y en este caso, las pruebas que suelen utilizarse son dos:

- MEC (miniexamen cognoscitivo de Lobo), es la versión adaptada y validada en España del MMSE (*Mini-Mental State Examination*) de Folstein. Se trata de una prueba de cribado de demencias, útil también para el seguimiento de las mismas. Explora aspectos cognitivos: orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.
- GDS: Escala Global de deterioro (*Global Deterioration Scale*) en la cual se relaciona grado de afectación cognitiva y funcionalidad: haberse perdido en lugar no familiar, olvidos de localización de objetos dejados en algún lugar por la propia persona, afectación de capacidad organizativa, alteración de conocimientos de hechos habituales, etcétera.

Sería conveniente también señalar otra prueba, más compleja de pasar y menos extendida como es el *Documento Sitges 2009*, propuesto por la Sociedad Española de Neurología.

Aparte las escalas ya reseñadas, debemos pensar que cualquier patología psiquiátrica, en caso de descompensación, puede afectar la capacidad de testar en ese momento, lo cual no quiere decir que una

vez restituida a la normalidad, no se pueda llevar a efecto con total normalidad. El perito habrá de constatar dos elementos cruciales: que la función cognitiva se haya suficientemente habilitada para conocer cuáles son las consecuencias de los hechos que realiza y que la voluntad no se encuentre alterada por la psicopatología. Añadiríamos un tercer elemento: que la voluntad no se encuentra alterada por una dependencia emocional patológica.

Para determinar la capacidad es un error atender solo la valoración cognitiva con preguntas como dónde vive, cuántos hijos tiene, cómo se llaman, cuántos nietos tiene, etcétera, olvidando que el aspecto emocional es esencial y puede distorsionar completamente el aspecto cognoscitivo (pseudodemencias). Así, la depresión en la persona mayor requiere el diagnóstico diferencial con la demencia.

Pero sin llegar a la situación de un trastorno afectivo propiamente dicho (depresión, distimia…), encontramos cada vez más, situaciones de personas mayores que presentan un MEC en el límite de lo patológico, con cierta afectación funcional que requiere el apoyo de terceras personas y que terminan por generar dependencia patológica. Se establece una relación asimétrica en la que existe alguien que se beneficia de las evidentes limitaciones emocionales de la persona mayor víctima de la situación. Estas situaciones, que normalmente no se detectan si no se buscan específicamente, hay que sospecharlas cuando, por ejemplo, se solicita un cambio de testamento para favorecer a alguien nuevo en el entorno o para favorecer a quien lo acompaña al notario. Sería conveniente solicitar un examen psiquiátrico en aras a descartar patología afectiva o dependencia emocional patológica. En definitiva, la persona no es solo lo cognitivo, hay que buscar los trastornos afectivos que *per se* modifican lo cognitivo. Y por otro lado, hay que sospechar y buscar la dependencia emocional patológica que terminará por ir en contra de la persona mayor vulnerable.

Como conclusión, sería conveniente:

- Pensar y valorar vulnerabilidad en los estados iniciales de demencia (historia clínica y escalas).

- Sopesar estado de posible dependencia emocional patológica.
- Estudiar comportamientos y deseos habituales de la persona.
- Sospechar ante modificaciones testamentarias o de poderes que rompen con su historia biográfica.

47. Ante una situación de depresión mayor recurrente, ¿cuáles son por lo común las aptitudes más afectadas? ¿Pueden perderse las facultades de autogobierno?

La depresión mayor recurrente se trata de una enfermedad psiquiátrica afectiva, con predominio de la sintomatología depresiva, de intensidad significativa y habitualmente agravada por la propia prolongación de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Es habitual en estos casos que se hayan llevado a cabo repetidos y diferenciados tratamientos psicofarmacológicos y que haya habido refractariedad y escasa respuesta terapéutica a los mismos, lo que justifica la tendencia a su frecuente cronificación con el transcurso del tiempo.

En este marco, es habitual que la persona afectada por esta enfermedad psiquiátrica tenga su funcionamiento psíquico grave y progresivamente alterado, fundamentalmente en los ámbitos afectivo-emocionales y neurocognitivos, todo lo cual puede indudablemente alterar su capacidad de conocer y obrar.

Enlazando con la respuesta a la pregunta anterior, puede ser perfectamente factible que pacientes con este tipo de problemática, en un momento concreto de su vida puedan perder las facultades de autogobierno y requerir la ayuda y protección judicial a través de figuras jurídicas tales como la tutela y la curatela. Todo ello en función de las características sintomáticas tanto cualitativas como cuantitativas del cuadro psiquiátrico que padecen así como de sus posteriores repercusiones funcionales, y por supuesto, de lo que finalmente estime oportuno el medio judicial correspondiente.

48. En el supuesto de un trastorno bipolar, ¿de qué manera actúan los cambios en el estado de ánimo en su autogobierno? ¿Pueden predominar unos episodios, maníacos o depresivos frente a otros?

El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica que puede llegar a generar relevante disfuncionalidad en la vida de la persona que la padece.

Es importante decir que en ocasiones no es fácil de detectar en primera instancia y pueden transcurrir bastante tiempo —incluso años— hasta que se pueda establecer un diagnóstico fiable y con garantías. Al mismo tiempo se trata de una enfermedad con gran variabilidad sintomática y también muy fluctuante en su evolución, todo lo cual complejiza indudablemente su abordaje terapéutico. La posible presencia de clínica psicótica asociada todavía puede agravar más la situación.

Como aspecto positivo decir no obstante que en los últimos años se ha avanzado mucho en el tratamiento psicofarmacológico de esta enfermedad, consiguiendo, si no la curación de la misma, sí la estabilización sintomática de la persona afectada y por lo tanto la normalización en gran medida de su vida habitual.

En cualquier caso, la clínica oscila habitualmente entre la sintomatología maníaca (ánimo expansivo y exaltado, descontrol de impulsos, frecuente distorsión de la realidad,…) y la depresiva (ánimo triste, bloqueo afectivo y emocional, riesgo suicida, bloqueo psicomotriz,…).

En las fases de estabilización sintomática, el paciente suele conservar habitualmente sus capacidades de autogobierno por lo que no suele ser necesario recurrir a instancias judiciales a fin de buscar el cuidado y la protección del enfermo psiquiátrico que lo padece.

Sin embargo, en las fases de reactivación sintomática —preferentemente en episodios maníacos— no suele ser inhabitual tener que recurrir a instancias judiciales. Graves alteraciones del comportamiento, descontrol de impulsos, descontrol económico y patrimonial, etcétera, justifican lo señalado.

No obstante y para finalizar, cabe decir que la protección y ayuda judicial habitualmente no suele ser necesaria más que en los períodos de crisis sintomática, siendo menos frecuente que tenga que tener un carácter permanente en el tiempo.

Bibliografía

— Kaplan Sadock. Psiquiatría Clínica.
— Grisso. Evaluating competencies: forensic assessments and instruments.

49. La esquizofrenia, ¿es causa de modificación de la capacidad de la persona que la padece?

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica del espectro psicótico, posiblemente de las más representativas y en cualquier caso, de las que generan más graves repercusiones funcionales en la persona que la padece. No obstante, el hecho de padecer una esquizofrenia no conlleva necesariamente la incapacitación.

Operativamente se trata de una enfermedad con afectación global del funcionamiento psíquico del individuo que la padece, lo que es causa de importantes alteraciones afectivas-emocionales, neurocognitivas, de interrelación con el entorno, comportamentales, etcétera. Frecuentemente es de evolución tórpida, desfavorable y prolongada en el tiempo.

No obstante y como aspecto positivo, es importante decir que en los últimos años se ha avanzado mucho en el abordaje terapéutico de esta enfermedad —fundamentalmente a nivel psicofarmacológico— consiguiendo importantes remisiones sintomáticas y estabilizaciones de muchos cuadros clínicos.

Desde una perspectiva jurídica, no es infrecuente tener que recurrir a instancias judiciales, sobre todo en los cuadros de larga evolución clínica y en los que ya predomina la sintomatología sobre todo de tipo

defectual, con graves déficits psíquicos globales del paciente, consecuencia del progresivo deterioro de su personalidad.

Llegados a este punto, el paciente frecuentemente carece de la mínima capacidad de autogobierno por lo que la necesidad de instaurar la figura jurídica de la tutela es habitual en este tipo de casos.

Bibliografía.

— Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.
— *Clasificación Internacional de Enfermedades* CIE-10.
— Calcedo Ordoñez. La pericia médica en el procedimiento de incapacitación civil.

50. ¿En qué casos podemos plantearnos la modificación de la capacidad en una persona con trastorno por uso de sustancias? ¿Y en una persona con trastorno de la personalidad?

Estamos ante una de las preguntas de más difícil respuesta y posiblemente de criterios dispares y de aplicación diferenciados entre los propios profesionales del entorno judicial y sanitario.

En principio, cabe decir que es frecuente la existencia de comorbilidad entre ambos trastornos, participando de esta forma en aspectos sintomáticos comunes entre ellos.

En este contexto, no es raro que un paciente con trastorno por uso de sustancias tenga asociado algún tipo de trastorno de la personalidad y viceversa.

Normalmente, en estos casos estos pacientes conservan inicialmente las capacidades psíquicas necesarias para conocer lo adverso de sus actuaciones y las graves consecuencias derivadas de las mismas. Este aspecto conecta directamente con la propia responsabilidad del individuo sobre sus actuaciones.

Por otra parte, se acepta en el mundo psiquiátrico que tras el consumo y a partir de un cierto punto puede existir un estado de descontrol de impulsos que pudiera justificar al menos y en alguna medida, la limitada capacidad del sujeto para ser responsable de sus actuaciones.

Sobre esta base, y ya ciñéndonos a la pregunta, hay que decir que podemos plantearnos la modificación de la capacidad de una persona con esta problemática, en casos de larga evolución y en los que se ha llegado a un punto en el que las consecuencias que se derivan de sus actuaciones tienen repercusiones catastróficas tanto para el propio individuo como para su entorno familiar y social, cosa desgraciadamente frecuente en este tipo de pacientes.

De cualquier modo, hay que decir una vez más que suelen ser casos complejos, en los que se hace necesario tener una perspectiva individualizada de cada uno de ellos, así como un elevado grado de colaboración entre instancias judiciales y sanitarias para su correcto abordaje.

51. La presencia de una discapacidad derivada de una deficiencia intelectual o del desarrollo es alegada de forma reiterada en los procesos de modificación de la capacidad ¿Cuál es su clasificación fundamentalmente en función de la limitación de las aptitudes que permite una singularización de los apoyos que debe determinar el juez?

La evaluación de la discapacidad psíquica vinculada con un déficit intelectual o del desarrollo ha estado históricamente mediatizada fundamentalmente por los resultados obtenidos en la aplicación de una serie de test de Inteligencia que en definitiva, evaluaban el grado de inteligencia de la persona (cociente intelectual).

En este contexto se entiende que con resultados por debajo de CI: 50 (que indica retraso mental moderado-grave), la persona afectada

tiene gravemente afectadas sus capacidades funcionales para el autogobierno, y por lo tanto es susceptible de ejercer sobre ella una posible modificación en la capacidad.

Sin embargo y con el transcurso del tiempo, se ha ido dando más valor al concepto de grado de adaptación y que en definitiva es más sensible a determinar la capacidad del individuo en sus aptitudes para dar respuestas funcionales y operativas favorables en su interrelación con el entorno. En realidad ha significado irse alejando con el tiempo de criterios exclusivamente cuantitativos para irse aproximando más a criterios cualitativos y en definitiva, de capacidad para mostrar aptitudes a fin de hacer un ejercicio de adaptación favorable hacia el medio que le rodea.

Al respecto, existen en la actualidad diferentes escalas de valoración de la adaptación social que ponen su atención en estos aspectos aptitudinales del individuo y que son de gran utilidad y ayuda a la hora de determinar judicialmente una posible modificación de la capacidad, como se indica en respuesta a la primera pregunta formulada en este capítulo.

No hay que perder de vista que las capacidades intelectuales y especialmente las adaptativas pueden cambiar con el tiempo y mejorar el resultado de la capacitación global de la persona. Aspectos tales como la aplicación de diferentes tratamientos médicos, la educación, la aplicación de programas de rehabilitación, etcétera, pueden influir muy positivamente al respecto y por lo tanto, la posible modificación de la capacidad del individuo desde la perspectiva judicial, hay que hacerla especialmente de acuerdo con los niveles de funcionamiento adaptativo de la persona en dicho momento.

Finalmente, es importante decir que en el fondo todo esto se sustenta conceptualmente sobre la base de que la capacidad de obrar (muy importante en el mundo jurídico para la realización de una modificación en la capacidad) está especialmente vinculada con la capacidad adaptativa de la persona, y en menor medida con la capacidad intelectual.

52. La etapa inicial del alzhéimer o de cualquier demencia, ¿tiene trascendencia para modificar la capacidad de una persona o hay que esperar a que se consolide la enfermedad?

Una vez más hay que incidir en la importancia en la evaluación de la dimensión funcional. En este tipo de casos y en este contexto, es importante decir que una persona con síntomas incipientes de enfermedad de Alzheimer es probablemente de las más vulnerables, puesto que al no haberse diagnosticado claramente la enfermedad, aún no se han tomado las medidas necesarias para su protección. La persona no es solo aspectos cognitivos; hay que valorar el aspecto emocional, alterado en no pocas ocasiones en esta etapa y que puede ocasionar dependencias emocionales patológicas respecto de otras personas que pueden aprovecharse de esta situación. Por ello, será un momento crítico de la enfermedad de Alzheimer en relación con la incapacidad que requiere un estudio pormenorizado de cada caso.

En el caso que se aprecie que la persona aun tiene sus capacidades cognitivas mínimamente afectadas y no se observen alteraciones emocionales, es posible que tenga capacidad para tomar algunas decisiones y se trata de un momento importante para ir preparando el futuro en la medida de lo posible y por lo tanto ir abordando temas y tomando decisiones (tanto personales, como familiares, patrimoniales, testamentarias, etcétera) y que previsiblemente con el transcurso del tiempo, la persona en cuestión no esté en condiciones de poder establecer adecuadamente. Al respecto, no es inhabitual que haya situaciones de tensiones personales y familiares por este tipo de cuestiones por lo que se hace necesario abordar estos temas con prudencia, responsabilidad y en definitiva, ayudando a la persona en cuestión a tomar las decisiones oportunas, pero sin que ello signifique necesariamente llevar a cabo una modificación en su capacidad.

53. El desarrollo previsible de una enfermedad mental ¿sería suficiente para tomar medidas en relación a la capacidad de la persona?

Esta pregunta tiene puntos en común con la anterior. Y también su respuesta tiene muchos puntos en común.

Por supuesto que el desarrollo futuro de una previsible enfermedad mental no sería suficiente ni estaría justificado para tomar medidas en relación a la capacidad de esa persona; aprovechamos la ocasión —y al igual que en la respuesta anterior— para incidir en la idea muy importante de ir preparando no obstante el posible futuro de esa persona, quizás marcado por la dificultad para poder tomar decisiones adecuadas y ejercer su autogobierno debidamente.

En este contexto y siempre desde el afecto y el respeto, es importante ayudarle con criterios de prudencia y responsabilidad en la toma de decisiones de futuro.

54. ¿Cuál es o debe ser el límite para privar a una persona del derecho de sufragio en un juicio sobre modificación de capacidad?

En nuestra sociedad, el derecho de sufragio es considerado como uno de los aspectos más personales e íntimos del individuo y por lo tanto, susceptible de ser siempre preservado en la medida de lo posible.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (año 2006) estimó que las personas con discapacidad psíquica tienen el mismo derecho que el resto de la ciudadanía para ejercer su derecho de sufragio (España ratificó dicha resolución en el año 2007); sin embargo la realidad señala que esto no siempre es así.

Sobre la base de que la decisión final la toma el juez, la modificación de la capacidad siempre debe de tener carácter de excepcionalidad y estar sustentada bajo criterios de detección de graves déficits en

el funcionamiento emocional-efectivo, neurocognitivo y/o funcional de la persona en cuestión.

En síntesis, estamos hablando de enfermos mentales gravemente afectados por su trastorno psiquiátrico y que básicamente pueden no llegar siquiera a entender mínimamente el resultado que se deriva de su voto y/o que puedan estar a su vez muy mediatizados en sus decisiones al respecto, por personas de su entorno.

55. ¿Cómo deberían controlarse médicamente los «intervalos lúcidos» del artículo 665 del Código Civil para que una persona pueda otorgar válidamente testamento?

El Código Civil en su artículo 665, señala que «siempre que el incapacitado por virtud de sentencia y que no contenga pronunciamiento acerca de su capacidad para testar pretenda otorgar testamento, el notario designará dos facultativos que previamente le reconocerán y no lo autorizará sino cuando respondan de su capacidad».

Respondiendo ya directamente a la pregunta, estamos ante todo —y una vez más— en una situación en la que se hace imprescindible una correcta colaboración entre instancias judiciales y sanitarias (en este caso, notario y psiquiatras).

Indudablemente se pueden dar situaciones en las que el paciente pueda mostrar «intervalos de lucidez» y por lo tanto estar en condiciones de poder ejercer su capacidad de autogobierno de forma razonable. En este contexto y por nuestra parte, un seguimiento psiquiátrico regular nos permitirá indudablemente controlar médicamente y tener un criterio acertado cuando llegue la ocasión y el notario nos pida opinión sobre el caso en concreto.

Ahondando al respecto, también es importante decir que en estos casos de carácter testamentarial no es infrecuente que la persona en cuestión se encuentre en una situación en la que se puede estar ejerciendo presión sobre ella, por ejemplo por razones de índole

patrimonial, lo que les hace estar en una situación vital compleja y de difícil manejo.

Por ello se hace imprescindible que quienes estamos en el ámbito de lo psiquiátrico, e independientemente de estar atentos a la presencia de estos «intervalos lúcidos», también debemos prestar una especial atención a la persona en sí misma y a las circunstancias que la rodean, a fin de posibilitar al notario la toma de decisiones que a su vez puedan proteger y ayudar al paciente.

En definitiva, una estrecha colaboración entre notario y psiquiatras es imprescindible en el marco de este tipo «situaciones de lucidez» recogidas en el Código Civil, que indudablemente se dan y que pueden justificar que la persona en concreto ejerza adecuadamente su capacidad de autogobierno.

Bibliografía

— Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.
— Código civil español (24 de Julio de 1989) con adaptaciones posteriores.
— Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V.

B.4. MENORES DE EDAD

José Arsuaga Cortázar[1]; Carlos Eloy Ferreirós Marcos[2];
Carlos Ganzenmüller Roig[3];
María Dolores Mojarro Práxedes[4]

56. ¿Es el psiquiatra el profesional adecuado para evaluar la «madurez» de un menor? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué criterios emplea?

En la década de los 70 y 80 son muchos los estudios que intentan identificar los componentes de la madurez psicosocial. Entendiéndola como modelo multidimensional, la madurez psicosocial incluye tres subtipos de componentes:

- Adecuación individual: Habilidad del individuo para funcionar independientemente y controlar su propia vida con dependencia limitada de otros.

[1] Magistrado. Presidente de la Audiencia Provincial de Cantabria.
[2] Fiscal. Fiscalía Provincial de Alicante.
[3] Fiscal. Fiscalía del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil.
[4] Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.

- Adecuación interpersonal: Habilidad del individuo para comunicarse y para interactuar positivamente con otros.
- Adecuación social: Habilidad individual para contribuir al bienestar de la sociedad.

Dado que los componentes implicados en la madurez psicológica están íntimamente relacionados con rasgos de temperamento y personalidad, etcétera, es aconsejable que la evaluación de la madurez de un menor recaiga en psiquiatras, junto a otros profesionales como psicólogos clínicos expertos en infancia y adolescencia.

La madurez psicosocial depende de la complejidad de las cualidades que facilitan el éxito en la adopción de roles educacionales adultos, ocupacionales e interpersonales. Según esta definición existirían distintos componentes: cooperación, eficacia, individualismo, perseverancia, planificación y responsabilidad.

La madurez psicosocial también puede entenderse como la capacidad de asumir obligaciones y tomar decisiones responsables teniendo en cuenta las propias características y necesidades y aceptando las consecuencias de las propias acciones.

Para la valoración de la madurez psicosocial deben realizarse entrevistas psicológico-psiquiátricas que valoren los distintos aspectos relacionados con dicha madurez. Igualmente, existen escalas/cuestionarios útiles para evaluar a adolescentes. Una de las escalas validadas en nuestro país es la PSYMAS (*Developmental of the Psychological Maturity Scale*). Consta de 60 ítems y valora mediante ellos tres componentes de la madurez psicológica.

Bibliografía

— Berzonsky, M.D.; Kuk, L.S. Identity style, psychosocial maturity, and academic Óperformance. Personality and Individual Differences, 2005, 39, 235-247.
— Greenberger, E. Defining psychosocial maturity in adolescence. Advances in Child Behavioral Analysis and Therapy, 1984, 3, 1-17.

— Morales-Vives, F. Camps, E; Lorenzo-Seva, U. Developmental and validation of the psychological maturity assessment scale (PSYMAS). European Journal os Psychological Assessment, 2013, 29 (1), 12-18.

57. Las clasificaciones nosológicas, ¿son similares a las de los adultos?

Si nos centramos en las dos clasificaciones Internacionales, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-5 y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* CIE-10, podemos decir que existen apartados específicos para niños y adolescentes donde se incluyen cuadros frecuentes y de comienzo en la edad infantil, mientras que para otras patologías se utilizan categorías diseñadas para adultos, aunque se matiza en algunos criterios si es para niños o adolescentes. También hay trastornos que indiscriminadamente, aunque frecuentes en la infancia, no se especifica si es para niños o adultos.

Centrándonos en el DSM, en su 5ª revisión, dentro del apartado «Trastornos del neurodesarrollo», se incluyen la mayoría de los trastornos de comienzo en la infancia, como «discapacidades intelectuales», «trastornos de la comunicación», «trastornos del espectro autista», «trastorno por déficit de atención con hiperactividad», «trastornos específicos del aprendizaje», «trastornos motores» y «trastornos de tics».

Por otra parte, para cuadros tan importantes en la infancia y sobre todo en la adolescencia como los trastornos depresivos mayores, no existen criterios específicos para estas edades, si bien en algunos criterios (2 de 9) donde se recogen síntomas necesarios para el diagnóstico, se especifica la variabilidad de presentación en niños. Obviamente esto no es suficiente y no podemos decir de ninguna manera que puedan o deban hacerse correctamente diagnósticos siguiendo estos criterios.

Igualmente ocurre con los «trastornos obsesivos compulsivos» (TOC), donde solo aparece en el criterio A un especificador para niños y no podemos olvidar que un porcentaje muy alto de los casos de TOC hace su aparición antes de los 18 años. Del mismo modo, en los «trastornos de ansiedad social» (fobia social), tan frecuentes en la adolescencia, solo en los criterios A y E se hace una escueta aclaración en lo que respecta a niños.

Por otra parte, hay cuadros como los «trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo», que estando junto a otros trastornos depresivos, sí se especifica en su criterio G que el diagnóstico debe hacerse antes de los 18 años y después de los 6.

Es sorprendente que la DSM-5 haga extensivos a la vida adulta los "trastornos de ansiedad de separación", tradicionalmente considerados exclusivamente como patologías infantiles. También resulta llamativo que los "trastornos negativistas desafiantes" y los "trastornos de conducta", hasta la edición anterior considerados propios de la edad infantil o de la adolescencia —donde además presentan comorbilidad con TDAH en más del 50 % de los casos—, en la citada DSM-5 se incluyen entre los "trastornos destructivos del control de los impulsos y la conducta", patologías propias de la vida adulta.

Existen otros sistemas diagnósticos desarrollados para casos que no quedan bien contemplados en DSM y CIE. La American Academy of Pediatrics y la American Psychiatric Association realizaron el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Atención Primaria* DSM-AP, versión para niños y adolescentes (American Academy of Pediatrics, 1996). Incluye un sistema para codificar condiciones que puedan ser causa de síntomas en un niño y tres tipos de «manifestaciones infantiles»: variaciones en el desarrollo, problemas que requieren intervención y trastornos (para los casos en los que pueda aplicarse el DSM-IV).

Aun valorando las ventajas de los sistemas categoriales (DSM y CIE) por su claridad, precisión y fiabilidad, estos no están exentos de desventajas, especialmente en lo que respecta a la categorización y análisis de menores de 18 años. En estas etapas evolutivas los sín-

tomas son cambiantes, la comorbilidad es más la regla que la excepción, los síntomas varían según edad y sexo, etcétera. Por lo que sería necesario que los sistemas de clasificación fueran más específicos para muchos trastornos infantiles y de la adolescencia y no se ciñeran a criterios basados en adultos.

Bibliografía

— Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
— Wiener, J.M. Dulcan, MK. Clasificación de los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia. En: J.M. Wiener y M.K. Dulcan. Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia. Barcelona. Ed Masson, 2006, 76-76.

58. ¿Qué diferencias esenciales presenta la red de atención de psiquiatría infanto-juvenil?

La red de atención en psiquiatría del niño y adolescente varía dependiendo de la comunidad autónoma; en unas la red está totalmente consolidada y en otras no.

Dicha variabilidad se encuentra en:

- Independencia de la red de adultos: en algunas comunidades autónomas son independientes (Cataluña, País Vasco o Navarra) y en otras está integrada en dicha red (Galicia o Extremadura). Este hecho supone diferencias importantes en cuanto al tiempo de espera para tener un diagnóstico y en consecuencia un tratamiento, pérdida de pacientes, etcétera.
- El proceso de admisión: en casi todas las comunidades se encuentra en el segundo nivel de atención (los pacientes de atención pri-

maria (AT) son derivados a salud mental infantil), pero algunas como Andalucía, se encuentran en un tercer nivel de asistencia. Se atiende al paciente en AT y dependiendo de variables como la percepción de gravedad, trastorno, etcétera es derivado a unidad de salud mental comunitaria. Igualmente en este dispositivo, dependiendo de variables determinadas se deriva a unidad de salud mental del niño y adolescente, con el consiguiente retraso en diagnóstico y tratamiento especializado.

- En algunas comunidades se considera adolescentes a los individuos de hasta 14 años de edad, en otras, a los menores de hasta 16 y en otras se trata como tales a los pacientes de hasta 18 años. En cualquier caso, el periodo psicopatológico de esta población oscila entre los 14 y los 18 años y sin embargo, en la actualidad es la comunidad autónoma de referencia la que determina si los menores han de ser atendidos por equipos multidisciplinares especializados en adolescentes o desde un abordaje generalista.
- Los equipos de profesionales que conforman la red de atención: los equipos suelen ser multidisciplinares, integrados por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, pedagogos, etcétera. El número de profesionales suele variar de unas comunidades a otras, así como su capacitación profesional.
- Los protocolos específicos para determinados trastornos: los protocolos y programas específicos para determinadas patologías también varían de unas comunidades a otras. Casi todas tienen protocolos para las patologías más frecuentes/graves como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos del espectro autista (TEA), trastornos de la conducta alimentaria (TCA), protocolos de detección precoz de psicosis, protocolos de prevención del suicidio etcétera. Aunque pueden existir diferencias en la implantación de los mismos. Por otra parte hay comunidades en las que

la administración de Sanidad colabora con otras como la de Educación para abordar protocolos de patologías significativas y muy frecuentes como TDAH.

- Recursos disponibles: principalmente se cuenta con dispositivo ambulatorio, hospital de día, unidad de hospitalización (propios o bien en servicios de pediatría o psiquiatría de adultos, dependiendo de la edad del paciente). En Andalucía los recursos sanitarios especializados para niños y adolescentes están constituidos por 14 dispositivos, 33 camas hospitalarias y 252 plazas en hospitales de día. En la Comunidad de Madrid, siendo una población menor en el rango de menores de 18 años el número de camas hospitalarias es mayor, 51 camas en dos hospitales de referencia. Si comparamos entre comunidades respecto a la ratio por 100.000 habitantes podemos observar grandes diferencias. Por ejemplo, respecto a dispositivos ambulatorios, Andalucía y las Islas Canarias se sitúan con una ratio por 100.000 habitantes de 1,06 y 1,04 respectivamente, en cambio Cataluña, Comunidad de Madrid y País Vasco tienen una ratio por 100.000 habitantes de 3,51, 4,59 y 4,42 respectivamente. Centrándonos en unidades de hospitalización, Andalucía tiene 0,48 camas por 100.000 habitantes mientras que Comunidad de Madrid, Cataluña y País Vasco tienen 4,25, 3,25 y 5,89 respectivamente. Como puede observarse las diferencias son muy amplias entre unas comunidades y otras.

Bibliografía

— Arango C, Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente. 2014. Ed. Fundación Alicia Koplowitz.
— Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
— Plan Integral de Salud Mental 2008-2012. II PISMA. Ed Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

59. ¿Qué papel deben desempeñar psiquiatras y psicólogos, como peritos, en los denominados juzgados de familia?

La función como peritos de psiquiatras y psicólogos vendrá determinada por el propio campo de actuación de cada uno de los profesionales.

La función del psiquiatra (psiquiatra infantil cuando procede) tiene por objeto diagnosticar posibles trastornos mentales en los padres o en los menores e informar de cómo estos afectan a la dinámica familiar, así como de sus necesidades terapéuticas.

El psicólogo, a través de la evaluación individual de cada uno de los cónyuges y de cada uno de los hijos del matrimonio; de la evaluación de los sistemas o patrones de relación existente entre los hijos y de todos y cada uno de los hijos con cada uno de sus progenitores, así como el análisis de la influencia que, en su caso, puedan ejercer terceras personas en la dinámica familiar (nuevas parejas, por ejemplo) podrá informar acerca de:

- Forma de percepción de la problemática familiar por cada uno de los cónyuges, forma en que se relacionan entre sí, y cada uno de ellos con sus hijos, estructuras comportamentales, afectivas y cognitivas de ambos, diferentes alternativas que ofertan y manera en que cada uno las estructura; capacidad de cada uno de los padres para hacer vivenciar a sus hijos la situación familiar de la manera menos traumática posible.
- Estructuras comportamentales, afectivas y cognitivas de cada uno de los menores y nivel de adaptación de las mismas. Influencia de cada uno de los padres en cada uno de los hijos, y en las relaciones entre éstos. Percepción, por parte de los menores, de las distintas alternativas ofertadas y de la propia situación de separación, grado en que esta percepción está influida por los padres, así como expectativas futuras de los hijos. Grado de aceptación por estos de las dos figuras parentales.

En definitiva, proporcionar al juez la mayor cantidad de información posible acerca del funcionamiento de la familia con el objeto de que tome las medidas oportunas en cuanto a custodia, visitas y cuantos extremos estime conveniente.

El riesgo de sufrir psicopatología es dos veces mayor en los niños cuyos padres se separan (Estimado en un 10 % en la población general y en torno al 20 y 25% en el caso de los hijos de padres separados)

Los factores de riesgo más importantes están relacionados con la edad del niño, la situación pre-divorcio, los cambios sociales y la conflictividad entre los padres.

El conflicto interparental es el predictor más fuerte de inadaptación infantil, siendo los efectos en los hijos desde la situación pre-divorcio hasta la adultez.

Las consecuencias de dicha conflictividad parental es patente en manifestaciones psicológicas/psiquiátricas dependientes de la edad del niño. Así los niños menores de 5 años pueden presentar problemas de sueño, episodios de llanto, irritabilidad, tristeza, miedos, sentimientos de culpa, etcétera. De 6 a 11 años puede aparecer angustia, ansiedad, irritabilidad, agresividad, ánimo depresivo, somatizaciones, etcétera. Entre los 12-16 años, episodios depresivos con ideas e intentos de suicidio, trastornos de ansiedad y angustia, trastornos de conducta, abuso de sustancias, descenso rendimiento académico, etcétera.

Las alteraciones cognitivas también pueden aparecer dependiendo de la edad. En menores de 5 años es frecuente tener miedo a ser abandonado por los padres, presentar sentimientos de culpa por creer que se es la causa de la separación, manifestar una intensificación exagerada de conductas de aproximación y contacto físico con el padre custodio, etcétera. Entre los 6 y los 11 años se suelen negar a aceptar la realidad de la separación, temen perder al padre que se fue, sienten temor a la sustitución del padre, manifiestan suspicacia y vigilancia del padre que queda, etcétera. De 12 a 16 años es común presentar inseguridad ante el futuro, conflictos de lealtades, ser muy críticos con los padres, sentir temor a fracasar en su propio matrimonio, etcétera.

Son factores de mal pronóstico la continuidad de la conflictividad parental, la ausencia física o emocional de alguno de los progenitores, los cambios familiares y el descenso del nivel económico, así como la psicopatología de los padres (trastornos de personalidad, conductas adictivas, depresiones, etcétera).

Por otra parte, son factores de buen pronóstico:

- Las características disposicionales del niño (cociente intelectual, estrategias de afrontamiento, ausencia de psicopatología, etcétera).
- Las características familiares y el contexto extrafamiliar, como escasa conflictividad marital, cambios mínimos en la organización y funcionamiento de la familia, mantenimiento de la relación con el padre ausente, apoyo económico y emocional a los hijos por parte de ambos padres, relación de afecto al menos con uno de los padres, apoyo de otros miembros de la familia, profesores y amigos, ausencia de juicios negativos de un padre acerca del otro en presencia de los hijos...

Teniendo en cuenta que los juzgados de familia son los encargados de tramitar de forma exclusiva todos los procedimientos judiciales relacionados con el matrimonio (separaciones, divorcios, etcétera) y con las relaciones entre padres e hijos (patria potestad, guarda y custodia, representación legal de los hijos, etcétera) es imprescindible que cuenten con un equipo de profesionales expertos en psicología y psiquiatría de la infancia y adolescencia.

Bibliografía.

— Amato, PR, Research on divorce: Continuing Trends and New Developments. Journal of Marriage and Family. 2010; 72,3,650-666.
— Ibáñez, VJ; López RM. http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=183

— Mardomingo, MJ. Tratado de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Ed Diaz de Santos; Madrid. 2015.
— Weaver, JM, Schofield,TJ. Mediation and moderation of divorce effects on children´s behavior problems. J. Fam. Psychol. 2015, 29,1, 39-48.

60. ¿Qué problemas principales presenta el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes? ¿Puede ser adecuado el tratamiento involuntario?

Teniendo en cuenta la gravedad del cuadro, las repercusiones para la salud tanto física como psíquica, la posibilidad de muerte, la irreversibilidad del daño, etcétera, y sobre todo la ausencia de conciencia de enfermedad, consideramos importante el ingreso hospitalario en los casos que especificaremos más adelante, sea de forma voluntaria o involuntaria, ya que la persona se encuentra en un estado de distorsión de la realidad que la incapacita, en muchos casos, para la toma de decisiones vitales.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un conjunto de trastornos psiquiátricos cuyo denominador común es la aparición y el desarrollo de importantes irregularidades en la ingestión de alimentos que no son causadas por perturbaciones médicas. Esto conlleva alteraciones nutricionales y metabólicas, que mantienen y/o potencian las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que dieron origen a la irregularidad ingestiva y, en última instancia al TCA en sí.

Las influencias socioculturales tienen un gran peso: el modelo estético corporal femenino, la insatisfacción corporal, la familia, los modelos públicos, la exhibición del cuerpo, la omniprsencia de productos y servicios para adelgazar, la influencia de la publicidad y los medios de comunicación, el rechazo social a la obesidad y el sobrepeso, los cambios en el papel social de la mujer, etcétera.

Uno de los principales problemas que se presenta para poder realizar el diagnóstico y tratamiento en los adolescentes es la ausencia de

conciencia de enfermedad, ya que presentan alteración en la percepción de su cuerpo y negación del peligro que conlleva el peso bajo. De hecho, esta distorsión cognitiva forma parte de los criterios diagnósticos. En el DSM-5, el criterio C señala «alteraciones en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual». Por lo tanto, los afectados rechazan, en muchos casos, el tratamiento ambulatorio y/ o hospitalario.

Se establecen protocolos de actuación para todos las derivaciones tanto para ingresos en hospital de día, psiquiatría de urgencias como a hospitalización completa.

Los criterios de derivación de atención primaria (AT) a valoración psiquiátrica urgente (servicio de psiquiatría de un hospital) son los siguientes:

- Negativa absoluta a comer o beber.
- Síntomas depresivos con riesgo suicida.
- Conductas autolesivas importantes.

Los criterios para ingreso hospitalario por anorexia serían:

- Estado biológico que implique riesgo de complicaciones previsiblemente graves (nula ingestión de alimento y/o líquidos), IMC< 14, frecuencia cardiaca < 45, etcétera); estado físico grave, importante desequilibrio electrolítico, complicaciones orgánicas importantes, descontrol atracones/vómitos, abuso incontrolado de laxantes/diuréticos; necesidad de estar monitorizado por riesgo físico.
- Comorbilidad psiquiátrica grave:
  - Síntomas depresivos importantes con riesgo de suicidio.
  - Conductas autolesivas importantes.
  - Presencia de otra psicopatología que dificulte el tratamiento.

- Negarse a seguir las normas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de la actividad física, alimentación indicada). Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Comportamiento problemático en casa y/o conflictos familiares imposibles de controlar ambulatoriamente. Necesidad de aislamiento familiar.

Por otra parte, los criterios de ingreso hospitalario en las bulimias (BN) serían:

- Alteraciones electrolíticas.
- Alteraciones en electrocardiograma.
- Hematemesis reciente.
- Ideación autolítica grave.
- Presencia de trastornos psicopatológicos graves.
- Desorganización conductual grave.
- Autolesiones importantes.

Bibliografía

— Aepnya. Protocolo trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 2008.
— Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
— Borrego,O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Inf. Ter. Sist. Nac. Salud 2000; 24, 44-50.
— Castro F; Toro, J. Trastorno de la conducta alimentaria. En: C.Soutullo y M-J. Mardomingo (coord.), Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ed. Panamericana. 2010. Madrid, p:181-194.
— Nice Guideline. Eating Disorders: Recognition and Treatment. 2017. http://www.nice.org.uk/guidance/ng69

— Toro. J. Trastornos del comportamiento alimentario. En: El adolescente en su mundo. Riesgo, problemas y trastornos. Ed Piramide. 2010. Madrid. p. 321-329.

61. Con independencia del papel de los representantes legales, ¿qué criterios se emplean para determinar la competencia de una menor de edad para decidir sobre la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo?

La competencia de la menor de edad para decidir sobre la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se realiza valorando el grado de madurez de la misma. Si bien el artículo 9.5 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 establece como requisito para estos casos, entre otros, la «manifestación de voluntad», no menciona qué aspectos de la misma deben valorarse. Por ello, desde la práctica médica debemos realizar la valoración en dos pasos:

- descarte de cualquier patología psiquiátrica que pueda influir en la voluntad y toma de decisiones.
- grado de madurez de la menor.

No existen pruebas específicas para el estudio de la madurez en los casos de interrupción del embarazo, de tal manera que la evaluación se realizará por estimación clínica o mediante escalas como el PSYMAS (*Developmental of the Psychological Maturity Scale*).

El concepto de menor maduro hace referencia a aquella circunstancia en la que un menor de edad presenta la capacidad cognitiva, emocional y moral para tomar sus propias decisiones, basadas en sus propios criterios, actuando en su día a día congruentemente con esos criterios y con la habilidad cognitiva suficiente para ponderar de for-

ma correcta las consecuencias de sus decisiones. La madurez viene determinada por la experiencia vital del niño, por su desarrollo cognitivo, su desarrollo moral (competencias para diferenciar qué está bien o mal, qué es lo correcto, qué son los valores etcétera.) y desarrollo emocional.

La madurez es un proceso dinámico y evolutivo en el que intervienen múltiples variables ligadas tanto a factores internos del individuo, incluyendo los genéticos, como a factores externos. De ahí la dificultad de su valoración. Aunque en el marco jurídico se determine una edad concreta, la madurez no se correlaciona tanto con la edad cronológica como con la cognitiva, moral, emocional y experiencial de la persona.

Se considera una persona con capacidad cognitiva para toma de decisiones autónomas, incluida la referente a la pregunta, si:

- Presenta capacidad suficiente para expresarse (desarrollo del lenguaje).
- Ha adquirido la capacidad operacional formal que le permita evaluar las relaciones entre causa y efecto, tanto a corto como medio y largo plazo (implica igualmente un buen manejo ejecutivo de la temporalidad).
- Presenta la capacidad para ponderar las consecuencias de una decisión, tanto en lo referente a él mismo, como en los demás.
- Tiene capacidad operacional hipotética que le posibilite realizar abstracciones sobre beneficios y riesgos de las acciones.
- Distingue la realidad de la fantasía. El egocentrismo formal puede condicionar esta capacidad, no tanto en el sentido de la fantasía como en el de la generalización.

El factor emocional es especialmente relevante en la toma de decisiones, y aún mayor en el menor debido tanto a la inexperiencia como a la inmadurez emocional propia de la edad. La valoración de la capacidad para comprender las emociones, sentimientos y moti-

vaciones propios, así como para comprender los sentimientos, motivaciones e intenciones de los demás respondiendo de forma adecuada, establece el binomio idóneo, en unión de lo cognitivo, para establecer el grado de madurez de la persona aparte de diferentes escalas como la ya señalada.

Los estudios realizados por Piaget, Kohlberg y otros autores en psicología evolutiva sobre el desarrollo de la autonomía y de la evolución ética y moral han sido decisivos para el establecimiento de la fundamentación y el desarrollo de la teoría del «menor maduro», y han tenido una enorme influencia en el desarrollo legislativo, pues demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanza su madurez moral entre los 13 y los 15 años, y esta madurez alcanza cierta estabilidad entre los 16 y los 18 años.

Kohlberg construye una clasificación de 3 niveles de desarrollo del pensamiento moral: preconvencional, convencional y posconvencional. Los niveles son definidos y universales, y representan filosofías morales separadas como diferentes visiones del mundo sociomoral. Estas visiones representan 3 tipos diferentes de relación entre el yo y las reglas o expectativas de la sociedad, a los que denomina «niveles». En cada nivel se definen 2 estadios.

El nivel preconvencional es el propio de la infancia, en que las normas se viven como impuestas desde el exterior. En el nivel convencional, las normas se identifican con el grupo o el sistema social y es el nivel propio del adolescente maduro o el adulto. Entre los 10 y los 12 años se produce el paso de preconvencional a convencional, alcanzándose la estabilidad más tardíamente.

Siguiendo este esquema, entendemos por qué la mayoría de edad «médica» (a la que se considera que el paciente puede decidir salvo determinadas excepciones) se encuentra establecida por la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 en los 16 años. En los casos de interrupción voluntaria del embarazo, la ley no acepta esta mayoría de edad, siendo preciso el consentimiento expreso de los representantes legales hasta los 18 años además de la manifestación de voluntad de la menor.

Bibliografía

— Díaz, J. https://diazatienza.es/2017/04/25/desarrollo-moral-toma-decisiones-la-infancia-4-menor-maduro/
— Espejo M; Miquel E.; Esquerda M.; Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. Med Clin (Barc). 2011;136(1):26-30.

62. ¿Los menores pueden presentar disforia de género? ¿Qué tratamientos deben dispensarse a las personas menores de edad que la presentan.

La disforia de género puede definirse como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento y el sexo/genero sentido. Por ello la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos para corregir su apariencia y vivir y ser tratada socialmente según el género sentido.

Existen dos tipos de disforia de género según la edad de presentación. Un grupo de presentación temprana (prepuberal) y otro de presentación posterior (peripuberal o postpuberal). Algunos investigadores y clínicos sostienen que la forma prepuberal son formas más constantes de disforia de género desde la infancia en adelante que el grupo de presentación más tardía. Los niños de presentación precoz pueden experimentar angustia ante los cambios físicos de la pubertad y la disforia puede incluso ser más intensa en este momento. En cambio, los de inicio tardío podrían presentar un comportamiento de variación de género más fluctuante.

En la última revisión de los criterios DSM se incluye el trastorno de disforia de género en niños como cuadro independiente de la disforia de género en adolescentes y adultos. Anteriormente, en el

DSM-IV–TR estaban dentro de los trastornos de la identidad sexual con especificadores para niños y adultos/adolescentes.

Se señala dentro del criterio A la marcada incongruencia entre el sexo que siente o expresa y el que se le asigna, con características como: deseo de ser del otro sexo, preferencia persistente por el papel del otro sexo, preferencia por juguetes, juegos o actividades del otro sexo, preferencia por compañeros del grupo del otro sexo, disgusto por la propia anatomía sexual, etcétera.

Siempre asociado con un malestar clínicamente significativo a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Como contrapartida, La CIE-11 *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la OMS, en su avance presentado en junio de 2018, y que entrará en vigor el 1 de enero de 2022, ya no considera la disforia de género como una enfermedad mental. La incluye en una lista de comportamientos sexuales pero no en trastorno mental.

La valoración sobre tratamiento y el mismo debe realizarse en equipos multidisciplinares formado por expertos y basándose en los estándares asistenciales (EA) de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (World Profesional Association for Transgender Health, WPATH) (7ª versión , 2011). Según los mismos debe seguirse en el proceso tres fases —terapia triádica—: psicológica, hormonal y quirúrgica, siendo la fase inicial de diagnóstico y psicoterapia la que establece unos criterios específicos para continuar con las otras fases; la evaluación psicológica debe hacerse desde la fase inicial hasta después de la cirugía.

En cuanto al tratamiento en los adolescentes, los EA de la Asociación Mundial para Profesionales de la Salud Transgénero son un referente internacional para los profesionales que tratan a las personas con disforia de género. Las primeras versiones no incluían la reasignación sexual hormonal y quirúrgica en la adolescencia, solamente a personas mayores de edad legal o a personas declaradas por un tribunal como adultos legalmente.

En la séptima versión se permite realizar intervenciones hormonales en personas con disforia de género a edades tempranas. Los criterios de elegibilidad para la supresión puberal requieren:

- Manifestación de disforia de género sostenida desde temprana edad y que el malestar por la identidad haya aumentado durante las primeras fases puberales.
- Ausencia de problemas psicosociales importantes que interfieran con la valoración diagnóstica o con el tratamiento.
- Buena comprensión del impacto de la reasignación de género sobre su vida.
- Suficiente apoyo familiar.
- Haber alcanzado el desarrollo de estadio 2 a 3 de la escala de Tanner (es decir, el comienzo del desarrollo de la mama o del volumen testicular y pene, junto a la aparición del vello púbico) y ser mayor de 12 años de edad con presencia de esteroides en sangre.

Para llegar a la cirugía de reasignación sexual los criterios de elegibilidad son: haber alcanzado la mayoría de edad, que las fases anteriores se hayan consolidado con un diagnóstico claro y persistente de disforia de género y una transición social exitosa.

Bibliografía

— Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
— CIE-11. Avance presentado en junio 2018. Comunicado de prensa de la OMS.
— Cohen-Kettenis, P.T.; Klink, D. Adolescents with gender dysphoria. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. 2015. 29, 485-495.
— Hurtado-Murillo, F. Disforia de Género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. Rev.Esp.Endocrinol.Pediatr. 2015, 6, 45-52.

63. El trastorno de conducta en el adolescente, ¿es sinónimo del «problema de conducta» al que alude el artículo 25.1 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia? El trastorno de conducta de estos menores, ¿tiene siempre un componente psicopatológico? ¿Debe el psiquiatra formar parte del equipo multidisciplinar en los centro de protección específicos?

El artículo 25.1 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, señala que «los centros a los que hace referencia estarán destinados al acogimiento residencial de menores que están en situación de guarda o tutela de la Entidad Pública, diagnosticados con problemas de conducta, que presentan conductas disruptivas o disociales 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».

La descripción que se hace en dicho artículo es equiparable a la de trastorno disocial. Y debería sustituirse «problemas de conducta» por «trastorno disocial».

Es importante conseguir que los «trastornos disociales» se vean como un problema médico y no solo social, es decir, que los niños y adolescentes con este trastorno, un trastorno psiquiátrico, sean abordables por la medicina y no sean entendidos exclusivamente como resultado de factores de crianza o sociales.

Trastorno de conducta, disruptivo, antisocial o externalizante son denominaciones que han venido siendo utilizadas para describir un patrón de conducta persistente, inadecuado a la edad, caracterizado por el quebranto de las normas sociales de convivencia y los atentados a los derechos de los demás.

Agresividad, falta del control de impulsos, violaciones de las normas de forma repetitiva con deterioro de la actividad relacional y académica, definen el concepto actual de trastorno disocial.

Los límites entre lo normal y lo patológico son difíciles de establecer, pero si el patrón de conducta es persistente y repetitivo y perturba tanto a los demás como al adecuado desarrollo psicoevolutivo del propio sujeto, entonces sí estaremos ante algo ajeno a la salud y distante de lo normal.

Actualmente, en la nueva revisión del DSM-5 se mantienen los criterios de la edición anterior (divididos en 4 apartados: agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo e incumplimiento grave de las normas, en total 15 criterios) pero se incluye la especificación de «trastorno disocial con emociones prosociales limitadas» caracterizado por: falta de remordimiento o culpa, insensibilidad, falta de preocupación por el rendimiento y afecto superficial o deficiente. La presentación de estos rasgos en edades tempranas se asocia a un mayor riesgo de desarrollo de comportamientos antisociales y agresivos persistentes y psicopatía.

Son múltiples los factores etiopatogénicos y de riesgos implicados en la génesis de estos cuadros. Aunque pueden existir factores genéticos y cerebrales, son más importantes:

- Factores familiares:
  - Como psicopatología en los padres: más frecuencia de personalidad antisocial, alcoholismo etcétera.
  - Disciplina: modelo coercitivo, castigos inconsistentes, falta de supervisión.
  - Calidad de las relaciones: rechazo de los hijos, falta de soporte emocional adecuado, dificultades del vínculo afectivo, conflictos interparentales, mala comunicación padres-hijos y maltrato. Dentro del maltrato, los abusos sexuales son los que se relacionan con mayores problemas de conducta que el resto de los subtipos.

- Factores socioeconómicos: desempleo, pobreza, marginación… Un nivel socioeconómico más alto se relaciona con menores niveles de insensibilidad emocional pero existen diferencias en los tipos de delincuencia —en los tipos bajos son más propensos a ejercer delincuencia violenta y en los de más altos ingresos delincuencia instrumental—.

- Factores personales:
  — Temperamento: El temperamento difícil (calidad negativa del humor, poca perseverancia, poca adaptabilidad, fácil distraibilidad, reacciones emocionales intensas, alto nivel de actividad, retraimiento social) ha sido asociado con trastornos externalizantes en la infancia y adolescencia. Otros rasgos también relacionados son hostilidad, falta de empatía y ausencia de culpa.
  — Déficit neuropsicológico: dificultades en funciones ejecutivas, disminución en comprensión, déficit en habilidades verbales, etcétera.
  — Cognición social: Presentan deficiencias en el procesamiento de la información social y en la resolución de problemas.

Es muy importante el conocimiento de los factores etiopatogénicos y de riesgo implicados en el cuadro para un adecuado abordaje terapéutico y para poder establecer un diagnóstico diferencial y comorbilidad.

En cuanto a la comorbilidad, muchos de los chicos con trastornos de conducta tienen un diagnóstico comórbido, siendo los más frecuentes el TDAH, los trastornos del humor, trastornos adaptativos, trastornos por consumos de sustancias, etcétera. Además, no podemos olvidar que, las manifestaciones conductuales son a veces los primeros síntomas que vemos de cuadros como psicosis, trastornos del control de impulsos, trastorno explosivo intermitente e incluso cuadros depresivos.

Los factores etiopatogénicos, la existencia de comorbilidad psiquiátrica, la edad de inicio, la intensidad psicopatológica del cuadro, el estilo cognitivo, las condiciones sociofamiliares, la accesibilidad a servicios de salud mental, etcétera, definen la continuidad o no en la vida adulta. El pronóstico a largo plazo es: mayor riesgo de presentar patología psiquiátrica (trastornos de personalidad antisocial, cuadros afectivos, trastornos por uso de sustancias, etcétera), conductas delictivas, detenciones, problemas judiciales, inestabilidad laboral, desempleo, problemas maritales, mayor morbilidad médica, hospitalizaciones, más transmisión intergeneracional (más hijos con problemas de conducta)...

Dados los componentes genéticos, cerebrales, bioquímicos, temperamentales, neurocognitivos, etcétera. y teniendo en cuenta la alta comorbilidad psiquiátrica así como la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con patologías médicas y psiquiátricas, es imprescindible que dentro de los equipos multidisciplinares que trabajan con estos chicos existan psiquiatras especializados en la infancia y adolescencia.

El psiquiatra siempre debe ser parte integrante de estos equipo multidisciplinares. La complejidad y heterogeneidad psicopatológica de los menores que los integran, la comprensión de cómo interactúan los mecanismos para la aparición de síntomas psicopatológicos, resulta relevante para el desarrollo de terapias específicas y preventivas, para valorar el pronóstico de la enfermedad y para hacer diagnósticos diferenciales. La detección resulta de especial interés porque marca el pronóstico y la evolución.

Bibliografía

— Benjumea,P; Mojarro, M.D. Trastornos de Conducta. En: Rodríguez Sacristán. Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos. Ed Pirámide. 2000. 243-251.

— Blair, J. The neurobiology of psychopathic traits in younths. Nat. Rev. Neurosc. 2013. 14,11,786-799.

— Dackis, MN; Rogosch, F.A.; Cicchetti,D. Child maltreattment callous-unemotional traits, and defensive responding in high-risk children: An investigation of emotion-modulated starle response. Dev Psychopathol. 2015. 27, 1527-1545.
— Mojarro, M.D. El adolescente disocial. En: J del Pozo, A.Redondo,MC, Gancedo y V. Bolívar. Tratado de pediatría extrahospitalaria ,Tomo II. Sociedad Española de Pediatría extrahospitalaria y Atención Primaría (Ed). 2010.Pp: 1305-1314.
— Pisano,S; Muratori, P; Gorga, C; Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: etiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional trait. Ital.J.Pediatr. 2017.20,43,1, 84-89.

64. La fuga del domicilio en los adolescentes, ¿puede tener un trasfondo psicopatológico?

La fuga es una marcha o huida impulsiva del medio habitual del adolescente de la familia o institución. Pone de manifiesto, en la mayoría de los casos, una situación conflictiva, no siempre perceptible por el adolescente. El joven reacciona con este comportamiento a un aumento de tensión interna e intenta evitar con más o menos éxito una sensación de angustia o un modo de vivir depresivo.

A la fuga se le reconocen cinco aspectos clínicos definitorios:

- Presencia de pulsión psicomotriz.
- Acción impulsiva.
- Existencia de intencionalidad.
- Presencia de interacción.
- Consecuencia de una discontinuidad en la vida social del sujeto.

Los desencadenantes pueden ser conflictos académicos/escolares, familiares, afectivos, etcétera. como manifestación aparente.

En estos adolescentes predominan principalmente:

- Sentimientos de desmoralización.
- Déficit de autoestima con pobre noción de identidad.
- Se perciben como inadaptados.
- Se sienten incapaces de modificar la actitud de sus padres.
- Creen que nadie es capaz de valorarlos.
- Algunos sufren de distimia o depresión, con ideas de suicidio.

Los trastornos más habituales entre ellos son los trastornos de conducta, trastornos depresivos, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, TDAH, etcétera.

Sin embargo, la fuga no siempre tiene una base psicopatológica, no siempre hay un trastorno subyacente que la provoque. En la mayoría de los casos los chicos que la realizan no tienen ninguna psicopatología. Pero aun sin tener patología no debe jamás banalizarse, ya que el alejamiento de la familia y la duración de la fuga convierten a ésta en un factor de riesgo importante para realizar conductas como consumos, infringir normas, etcétera.

Por lo tanto, la fuga no tiene necesariamente un carácter patológico, y es cada vez más frecuente entre los niños y adolescentes, aumentando la prevalencia y disminuyendo la edad de presentación. Las cifras solo revelan una parte de las que se realizan. Y aunque no siempre existe psicopatología, no podemos obviar que siempre nos está diciendo algo. La propia fuga es un mensaje.

Es importante diferenciar la fuga del vagabundeo o viaje patológico, generalmente menos impulsivo, más o menos preparado, reflejando en general una perturbación más grave de las relaciones del adolescente con su medio habitual y una alteración más profunda de su personalidad.

Bibliografía

— Fize, M. ¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social. Ed Siglo XXI. 2001.

— Jeammet, P. Psicopatología de la adolescencia. En: Manual de Psicopatología del Niño y Adolescente.Tomo II. Rodriguez Sacristán, J (coord.). Ed Universidad de Sevilla. 1998, pp: 977-1016
— Tomas,J. Master en Paidopsiquiatría. Módulo XIII. U.A.B. 2007-2009. Disponible: www.paidopsiquiatria.cat/modulo-8_fuga.pdf.

65. ¿Qué factores diferenciales respecto a los adultos presenta el riesgo de suicidio en el adolescente? Indicen claves para su detección y prevención.

Las causas de la conducta suicida son complejas y multifactoriales tanto en adultos como en adolescentes y jóvenes. En general la enfermedad mental subyace en alrededor del 90 % de los suicidios consumados según se desprende de estudios de autopsia psicológica en los que se diagnostica al suicida a través de los familiares. Entre las enfermedades más prevalentes figuran los trastornos depresivos y el consumo de sustancias. Hay dimensiones psicológicas que también se relacionan con la conducta suicida como son la desesperanza, la impulsividad, la agresividad, la rigidez cognitiva y el pensamiento dicotómico (todo o nada). El factor de riesgo más asociado con el suicidio consumado es el haber tenido intentos previos. Estos factores son comunes a todas las edades; sin embargo, hay situaciones clínicas, vitales y sociales que se relacionan más específicamente con la conducta suicida en los jóvenes. En la patología psiquiátrica encontramos depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias y esquizofrenia, además de trastorno por estrés postraumático reciente. Entre los factores sociales destacan el bajo poder adquisitivo, el vagabundeo, el *bullying*, el fracaso escolar y la orientación sexual homosexual.

El abordaje del riesgo suicida, tanto en adultos como en jóvenes, es todo un reto y suele basarse en el tratamiento de la clínica relacionada con la ideación, así como facilitar el seguimiento continuado. Este punto es importante ya que se sabe que un alto porcentaje de suicidas no estaba diagnosticado, mientras que en aquellos que sí estaban diag-

nosticados, el tratamiento era inexistente, inadecuado o no lo tomaban. Recientemente se ha publicado una serie de recomendaciones para la prevención del suicidio en jóvenes, como son las intervenciones de sensibilización en la escuela y el seguimiento tras un intento de suicidio, tanto de los que solicitan ayuda como de los que no.

En la actualidad se está investigando sobre las técnicas de prevención basadas en aplicaciones en móviles. Estas intervenciones son de especial importancia en jóvenes por el mayor uso que hacen de las redes sociales y del dispositivo.

Bibliografía

— Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2015;60(6):245-57.
— Ganz D, Sher L. Adolescent suicide in New York City: plenty of room for new research. Int J Adolesc Med Health. 2012;24(2):99-104.
— Larsen ME, Nicholas J, Christensen H. A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. PloS one. 2016;11(4):e0152285.
— Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. Actas españolas de psiquiatria. 2014;42(3):125-32.
— Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? CurrPsychiatry Rep. 2012;14(6):624-33.

66. ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? ¿Qué consecuencias pueden derivarse en el trastorno por déficit de atención a largo plazo, de su diagnóstico tardío y de la falta de tratamiento?

El cuadro es definido por tres síntomas básicos: hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. Es necesario, para poder establecer

el diagnóstico, que estas conductas sean severas, inapropiadas para la edad, generalizadas a lo largo del tiempo, aparezcan en diferentes situaciones y afecte significativamente a la actividad social, familiar, escolar o laboral. Para los criterios DSM existen tres subtipos: combinado (los tres síntomas), predominio hiperactivo-impulsivo o predominio inatento. Para La CIE son necesarios los tres síntomas para cumplir el diagnóstico.

La descripción clínica de este trastorno así como su denominación, criterios, etiopatogenia, etcétera, tienen una rica historia. Desde hace más de un siglo hasta la actualidad han sido diversas las denominaciones del trastorno (disfunción cerebral mínima, lesión cerebral mínima, etcétera). Unas veces sobre la base de su etiología y otras con arreglo a sus características clínicas. En la actualidad existen dos términos para este trastorno: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-5) y trastorno hipercinético (CIE-10).

La prevalencia se sitúa en torno al 5-8 % con predominio entre los varones y pico máximo de incidencia entre los 6 y los 9 años.

Aunque los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico son exclusivamente la hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, son muchos los síntomas asociados en diversas áreas los que presentan estos niños.

Manifiestan generalmente síntomas del área conductual: pueden ser molestos, intratables, difíciles, perturbadores, desobedientes, oposicionistas, agresivos (más explosivos), incumplen normas, indisciplina, desorganización, ruidosos, rápidos y enérgicos (no estando en armonía con la situación social, las expectativas sociales y con las necesidades de los demás), etcétera.

Pueden presentar problemas en el área social: conflictos con compañeros, profesores, familia… Algunos presentan tendencia al aislamiento social, dificultad para entender lo apropiado o no socialmente, conductas desinhibidas, no piensan sus acciones… Pueden experimentar rechazo social y dificultad en habilidades sociales.

Presentan problemas en el área escolar y de aprendizaje debido a los síntomas primarios, e igualmente a déficit neuropsicológicos que

muchos de ellos tienen, como en funciones ejecutivas (principalmente en capacidad de planificar y organizar, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento de la información etcétera), y dificultades en la percepción y organización del tiempo. También dificultades en la lectura, la escritura, y el cálculo matemático.

Igualmente presentan problemas del lenguaje y de la comunicación como retraso simple del lenguaje, problemas en el lenguaje expresivo (no consiguen organizar y ordenar sus ideas antes de transmitir un mensaje final), etcétera.

Es habitual encontrar en estos niños síntomas afectivos y de ansiedad siendo los más frecuentes excitabilidad, fácil tendencia a la frustración, dificultad en la regulación emocional (son menos estables en tono anímico, excesivamente reactivos a los estímulos externos), ansiedad, depresión y baja autoestima (sobre todo en preadolescencia y adolescencia) En la esfera ansiosa destacan las quejas somáticas como cefaleas y algias abdominales.

Otros síntomas son la incoordinación muscular e inmadurez motora, problemas de sueño con dificultades en la conciliación y despertar precoz, etcétera.

La comorbilidad está presente en el 70 % de los casos, siendo los trastornos que más frecuentemente se asocian con el cuadro los trastornos negativistas desafiantes, trastornos de conducta, trastornos depresivos, trastornos por tics, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos del desarrollo de la coordinación etcétera.

Hay que tener especial cuidado en la valoración de cuadros médicos y/o psiquiátricos con síntomas que pueden simular síntomas del trastorno. Por ello, hay que establecer cuidadosamente el diagnóstico diferencial , principalmente con trastornos negativistas desafiantes, trastorno explosivo intermitente, trastorno especifico del aprendizaje, trastorno del espectro autista, trastorno de apego reactivo, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastornos por consumo de sustancias etcétera. Igualmente, conviene investigar si los síntomas son inducidos por fármacos (broncodilatadores, antihistamínicos, corticoides,

etcétera.). Enfermedades como hipotiroidismo, diabetes, anemias, déficits sensoriales, problemas de sueño, malnutrición, etcétera, pueden tener síntomas del trastorno.

El tratamiento del cuadro debe ser multidisciplinar e individualizado, dependiendo de la severidad de los síntomas nucleares, de los síntomas asociados, de la comorbilidad, y de la disponibilidad. Debe de instaurarse tratamiento psicofarmacológico y tratamiento psicológico (con abordajes como la terapia cognitivo-conductual o la rehabilitación cognitiva), programas de entrenamiento/educación para padres, intervenciones psicopedagógicas, etcétera.

El tratamiento tiene eficacia a corto y largo plazo. Disminuye los síntomas nucleares y secundariamente muchos de los síntomas asociados y evita o disminuye muchos de los problemas asociados al cuadro, como el fracaso escolar y el funcionamiento social. El consumo de drogas es menor. Los síntomas conductuales de la infancia aumentan considerablemente en la adolescencia. En el niño con tratamiento, el control de la impulsividad hace que tengan menor predisposición a conductas de riesgo, etcétera.

De hecho el propio TDAH puede ser un factor de riesgo evolutivo que que si no se trata puede dar lugar a problemas que no forman parte del trastorno y acrecentar las consecuencias y repercusiones psicopatológicas, sociales, escolares que conlleva el propio cuadro. Es de reseñar que la sintomatología nuclear del cuadro continúa en la adolescencia en un 1/3 de los casos. Aunque disminuye la hiperactividad, continúan mostrando distraibilidad, impulsividad, excitabilidad, agresividad… Su estilo de vida es más impulsivo (más accidentes de coches, más cambios de residencia…).

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud, el 57 % de los niños con TDAH cronifican y mantienen el trastorno en la edad adulta. Se estima la prevalencia en el 2,8 % en esta etapa (sobre una muestra de 18 países, incluido España).

Continúan presentando alteraciones en las funciones neurocognitivas (atención sostenida, memoria de trabajo, desorganización, dificultad de planificación, fluidez verbal, etcétera), inquietud, nerviosismo,

impulsividad, dificultades en el desarrollo académico que les llevan al fracaso escolar o al abandono del aprendizaje, y dificultades a nivel social, ya que merman sus relaciones sociales. Comienzan los problemas en el área laboral, como la inestabilidad en la continuidad del empleo. También puede producirse una afectación en las relaciones interpersonales, especialmente en el entorno cercano; y repercusiones en el bienestar emocional, mediado de forma directa (por la hiperactividad, impulsividad e inatención) e indirectamente (por la inadaptación de estilos de afrontamientos y percepción del estrés).

Los diagnósticos comórbidos más frecuentes que presentan en la adolescencia o adultez son uso y abuso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial. Dichos trastornos aparecen claramente en los grupos que presentan cuadros mixtos de TDAH y trastornos de conducta. La aparición de estos trastornos en niños que tenían solo un TDAH no es defendida por todos los autores, barajándose la hipótesis de que es el trastorno disocial y no el TDAH el que evoluciona a estos diagnósticos. Otras comorbilidades frecuentes son trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos límite de personalidad, etcétera.

Bibliografía

— Benjumea, P; Mojarro, M.D. Trastornos hipercinéticos. Clínica. Comorbilidad. Diagnóstico. Tratamiento. En: J. Rodriguez Sacristán (Coord). Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos. Ed Piramide, 2000, 253-266.

— Fayyad, J; Sampson, N; Hwang, I; Adamowski, T et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten.Def. Hyp. Disord. 2017. 9, 47-65.

— Mardomingo, MJ. Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Ed. Panamericana. Madrid. 2018.

— Mojarro, MD; Benjumea, P. Continuidad/discontinuidad de los trastornos hipercinético en la vida adulta. Rev.de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2010. 27, 25-29.

— Parellada, M; Moreno, D; Sipos, L; Ponce, G. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. M Parellada (Coord). Alianza Editorial (Ed). 2009.
— San Sebastian, J; Soutullo, C; Figueroa, A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En : C. Soutullo y MJ Mardomingo (Coord). Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Ed. Panamericana. 2010.

67. Es habitual que en los dictámenes médicos o psicológicos de los menores de edad sobre los que se discute su custodia se hable de un conflicto de lealtades con sus progenitores. ¿En qué consiste y de qué manera puede afectar a su conciencia y voluntad?

El conflicto de lealtades fue descrito inicialmente por Borszomengy-Nagy en 1973, como una dinámica familiar en la que la lealtad hacia uno de los progenitores implica deslealtad hacia el otro. El resultado puede ser una «lealtad escindida» en la que el hijo tiene que asumir incondicionalmente su preferencia por uno de ellos en detrimento del otro.

Ante situaciones conflictivas por separaciones y divorcios en la que los progenitores no se ponen de acuerdo sobre la custodia de los hijos, en ocasiones suele utilizarse a los hijos como elementos de lucha. Éstos están sujetos a presiones, coacciones, y consignas, con un sobrevenido miedo, inseguridad y vulnerabilidad que los coloca en una disyunción: escoger a uno de los progenitores y ser desleal al otro. Se intenta así resolver la disonancia cognoscitiva que se halla en la base del conflicto de lealtades: el niño aumenta los valores del progenitor elegido y rechaza aspectos antes aceptados en el progenitor excluido.

Tal dinámica le confiere una situación de poder en la toma de decisiones y responsabilidades para las que no está preparado. A su vez

usa y chantajea a los progenitores para conseguir beneficios que no obtendría en otras circunstancias. Esto podría precipitar la aparición de nuevos conflictos de carácter paternofilial.

Distintos autores difieren sobre las edades en que los niños son más proclives a los conflictos de lealtades. Para unos es más común entre los 6 y 8 años, disminuyendo entre los 9 y 11 años, momento en que los niños tienen mayor capacidad de formar alianzas con uno u otro progenitor. Para otros la adolescencia es el momento más propicio. Otros sostienen que entre los 8 y 15 años es el momento de mayor vulnerabilidad.

Las diferencias no solo aparecen según edad, también según sexo. Así, los niños son más vulnerables que las niñas, aunque con matizaciones: los niños que viven con el progenitor de sexo opuesto son los más predispuestos (habitualmente los varones) debido al equilibrio entre la fidelidad al progenitor del mismo sexo (habitualmente el padre) y al cuidador habitual (habitualmente la madre).

Bibliografía

— Bolaños, I. Hijos alienados y padres alienados: Mediación familiar en rupturas conflictivas. Ed Reus. 2008.
— Jiménez, F; Sánchez, G; Ampudia, A. Evaluación psicológica forense: La custodia de los menores. Ed El Manual Moderno. México. 2018.

68. En el mismo contexto, ¿cuáles son las características de la denominada «parentificación» o inversión de roles entre padres e hijos sometidos a un conflicto sobre su custodia? ¿Puede afectar a las motivaciones que pueden influir en las decisiones de los menores?

El proceso de parentificación, referido a la temprana y prematura asunción de rol parental y responsabilidad adulta en niños y adoles-

centes antes de que ellos estén emocionalmente desarrollados para tales roles, fue descrito por primera vez por Boszormeny en 1973.

Sin embargo, cuando la responsabilidad se vuelve bastante alta o cuando el niño está obligado a tomar una posición de adulto para mantener el equilibrio en el sistema familiar, la parentificación puede volverse patológica. Ese aspecto disfuncional de la parentificación es descrita como «una perturbación en los límites generacionales, de tal forma que existe una reversión funcional y/o emocional de roles en la cual el niño sacrifica sus propias necesidades de atención, confort y guía para acomodar y cuidar las necesidades logísticas y emocionales de un padre o hermano. El adulto esencialmente adopta la posición de dependencia en la relación padre-hijo y se espera que el niño cumpla con lo que típicamente se considera responsabilidad del adulto».

Hay dos tipos de parentificación, la instrumental y la emocional. Cada una de ellas puede asociarse a diferentes consecuencias para el desarrollo del niño y pronóstico adulto.

La parentificación instrumental se refiere a que el niño asume responsabilidades funcionales domésticas como hacerse cargo de la casa o cuidados de los hermanos. Cuando ocurre de forma aislada es frecuentemente observada en sistemas familiares en los que uno o ambos padres están incapacitados y requieren cuidados diarios o son incapaces de tomar responsabilidades debido a enfermedad u otro factor. Este tipo de parentificación tiene menos efectos negativos en los niños.

En la parentificación emocional el niño tiene que dar apoyo emocional y/o cubrir las necesidades psicológicas de un progenitor (como su confidente, apoyo en momentos de malestar psicológico, etcétera.) y es más destructiva para el desarrollo del niño que la parentificación instrumental. Este subtipo es más frecuente en familias en las que los progenitores padecen enfermedad mental.

En cuanto a las consecuencias de la parentificación para el niño, es más probable que tengan problemas internalizantes, como síntomas depresivos y ansiosos, quejas somáticas (cefaleas y algias abdominales), etcétera. También presentan más problemas externalizantes como agresividad y conductas disruptivas, uso de sustancias, autoa-

gresiones y trastornos por déficit de atención con hiperactividad; en el plano social presentan dificultades sociales así como bajas competencias en relaciones interpersonales. A largo plazo, ya de adulto, manifiestan más trastornos mentales, uso y abuso de sustancias, etcétera.

Sin embargo, algunas investigaciones sostienen que la parentificación tanto instrumental como emocional también puede tener beneficios para el niño y a largo plazo para el adulto: incremento de responsabilidad, maduración, sentido de competencia, mayor desarrollo de estrategias de afrontamiento, mejor salud mental, mayores competencias interpersonales, mayor autonomía, mayor cohesión familiar… Estos beneficios aparecen sobre todo cuando el esfuerzo del niño es reconocido y gratificado por la figura adulta. Los estudios de referencia se han desarrollado principalmente en inmigrantes e hijos de padres con VIH.

Bibliografía

— Engelhart, J The developmental implications of parentification: Effects on childhood attachment graduate student, Journal of Psychology, 2012, 14, 45-52.
— Hooper, LM. Expanding the discussion regarding parentification and its varied outcomes: Implications for mental health research and practice. Journal of Mental Health Counseling, 2007, 19, 322-337.
— Stein, JA, Rotheram-Borus,M.J. Lester, P. Impact of parentification on long-term outcomes among children of parents with HIV/AIDS. Family Process, 2007, 46, 317-333.

69. ¿Puede hablarse de alienación parental como un trastorno psicopatológico o psicológico reconocido?

En el momento actual no está reconocido como categoría diagnóstica en las clasificaciones internacionales.

Se trata de un problema que se observa en contexto judicial, siendo derivado desde aquí a la clínica. Se caracteriza por la presencia de rechazo absoluto con marcada hostilidad hacia el progenitor no custodio sin justificación o argumentación en el contexto de una manipulación del progenitor custodio. No es una cuestión de género (hombre contra mujer) sino de progenitor custodio hacia no custodio, pudiendo ir dirigido el rechazo tanto hacia el padre como hacia la madre. Las víctimas siempre serán los hijos. Por tanto, se trata de una situación real de conflicto interparental en el contexto judicial (los juzgados de familia) en la que, en interés del menor, habrá que buscar y tratar el rechazo de éste hacia la figura del progenitor no custodio. Es lógico que la puerta de entrada al sistema sanitario no sean las unidades de salud mental infantil (USMI) pues no resulta previsible que el progenitor custodio que está llevando a cabo la manipulación del menor acuda a estos centros para manifestar su preocupación ante el rechazo y hostilidad que está percibiendo en el menor hacia el progenitor no custodio.

Uno de los problemas que ha planteado la situación ya mencionada es el desacuerdo acerca del término «alineación» lo cual resulta comprensible dada la asociación histórica del mismo con el de «locura». Por tanto, sería deseable la utilización de términos que se adaptasen a la situación ya mencionada sin necesidad de estigmatizar. El DSM-5, en el capítulo «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica» recoge algunos que engloban situaciones similares al síndrome de alienación parental (SAP) pero con otra denominación: «problema de relación entre padres e hijos» (V61.20); «niño afectado por la relación parental conflictiva» (V61.29). Incluso podría plantearse el diagnóstico de «maltrato psicológico infantil» (995.5.).

El conflicto interparental es el predictor más fuerte de inadaptabilidad infantil, de forma que los efectos negativos en los niños se han observado hasta la adultez. En el extremo de la conflictividad se encuentra la violencia familiar.

El SAP es una forma de abuso o maltrato psicológico o emocional de consecuencias en ocasiones irreversibles descrito por primera vez en 1985 por el psiquiatra infantil y forense Richard Gardner. El

autor lo define como un trastorno infantil que surge en el contexto de los conflictos legales sobre la custodia de los hijos. Su principal manifestación es la campaña de denigración de un hijo hacia uno de sus progenitores, debido a la influencia del otro progenitor, en combinación con contribuciones del propio hijo. El hijo alienado estaría esencialmente preocupado por ver a uno de sus progenitores de forma negativa, al tiempo que idealiza al otro, llegando a desarrollar un conjunto de síntomas, que pueden ser de distinta intensidad , siendo 8 los síntomas primarios:

1. Campaña de denigración.
2. Justificaciones para el desprecio.
3. Ambivalencia.
4. «Pensamiento independiente».
5. Apoyo reflexivo al progenitor alienante.
6. Ausencia de culpa.
7. Argumentos prestados.
8. Extensión al entorno del alineado.

Desde que se acuñara, el término SAP ha estado sujeto a críticas a favor y en contra del mismo. Por un lado se encuentran los autores que consideran el constructo SAP como científicamente válido y útil para el abordaje clínico, y por otro los que niegan la existencia de este constructo o lo consideran como un concepto científicamente no abordable, llegando a describirlo «mito neomachista», «síndrome de alineación patriarcal», «síndrome de los juzgados» o «alianzas y lealtades patológicas de un hijo contra un progenitor».

Como hemos expresado anteriormente, no está reconocido dentro de las clasificaciones internacionales DSM o CIE; sin embargo algunos autores señalan criterios para su diagnóstico. Entre ellos Bernet, en 2008 establece para el SAP los siguientes:

- El hijo, cuyos padres se encuentran en proceso conflictivo y hostil de divorcio, se alía fuertemente con uno de ellos y re-

chaza de forma persistente relacionarse con el otro sin legítima justificación. El niño se resiste o niega a las visitas del padre rechazado y a pasar tiempo con él.

- El niño tiene los siguientes comportamientos:
  - — Rechazo o denigración persistente de uno de los padres.
  - — Razones absurdas, débiles y frívolas para mantener la actitud crítica.
- Presenta os de las siguientes actitudes o conductas:
  1. Falta de ambivalencia.
  2. Utiliza expresiones propias de un adulto cuando habla sobre el tema.
  3. Apoyo reflexivo y consciente a uno de los padres en contra del otro.
  4. Ausencia de sentimientos de culpa respecto a la explotación de uno de los padres.
  5. Poca claridad en la descripción de hechos y escenas.
  6. Extensión de la animosidad al resto de la familia del padre rechazado.
- El trastorno debe prolongarse al menos dos meses.
- Perjudica de forma significativa la vida personal, académica y social del niño.
- La negativa del niño a ver al padre o a la madre carece de legítima justificación y no se debe a maltrato del niño, en cuyo caso se excluye el diagnóstico.

En el SAP pueden darse distintos grados:

- Leve: aparecen ciertos signos de desagrado en la relación con el padre. No hay evitación y la relación no se interrumpe.
- Moderado: aquí se expresa claramente el deseo de no ver al padre y buscar aspectos negativos de éste, que justifiquen su deseo. El niño niega todo afecto hacia él y evita su presencia. Del mismo modo, rechaza de forma generalizada a su entorno familiar y social. Aquí el contacto se mantiene por obligación o se interrumpe.

- Grave: surge un afianzamiento cognitivo de los argumentos y el niño se los cree. Origina una ansiedad intensa frente al progenitor. Surgen reacciones fóbicas con mecanismos de evitación y sintomatología psicosomática asociada.

El SAP ha sufrido modificaciones en su nomenclatura desde su comienzo, proponiendo Bernet la denominación «trastorno por alienación parental» (TAP) e intentando su inclusión en la última revisión del DSM, que finalmente no se produce dada la ausencia de consenso científico y profesional. Las críticas a la inclusión han estado sujetas a críticas como que generaría más perjuicios que beneficios a los menores, ya que se etiquetarían como trastornos mentales unas manifestaciones clínicas explicables como reacción al divorcio; igualmente, se señala la escasez de base empírica, etcétera.

Algunos autores han propuesto describirlos e incluirlos en las guías de referencia bajo los epígrafes «problemas paterno-filiales» o «trastorno mental no especificado».

Bibliografía.

— Benussa P.; Alinéation parentale, abus psychologique de l´enfant et DSM-5. L´Encéphale. 43 (2017) 510-515.
— Bernet, W. Parental Alienation Disorder and DSM V. American Journal of Family Therapy. 2008, 36 (5), 349-366.
— Gardner,R.A. Does DSM-IV have equivalents for the parental Alienation Syndrome (PAS) Diagnosis?. The American Journal of Family Therapy, 2003, 31 (1), 1-21.
— Ruiz, M.J; Gomez-ferrer, C; Romero, H. Divorcio, separación y nuevas formas de convivencia. En: C.Soutullo y M.J. Mardomingo (coord.). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid. Ed. Panamericana. 2010, 289-300.
— Tercero, R; Gonzalez, D; El fenómeno denominado Alienación Parental (AP)y sus implicaciones forenses en la juridicción civil en España. Rev. Iberoam. Diagn. Ev. 2013, 183-208.

C

Derecho Penal

C.1. GENERAL

Juan Manuel Fernández Martínez[1]; Elena Ibáñez Guerra[2]; Jorge Jiménez Martín[3]; Carlos Luis Lledó González[4]; José María Magaña Calle[5]; María José Moreno Díaz[6]

1. ¿Qué elementos deben valorarse, en el momento de la detención, para proceder a un examen psiquiátrico? ¿Existen protocolos eficaces en la actualidad? ¿Se ha elaborado un protocolo modelo?

Los detenidos son reconocidos normalmente en el juzgado de guardia. Los objetivos habitualmente solicitados por el juez son: determinar

[1] Magistrado. Audiencia Provincial de Navarra. Vocal del CGPJ. Presidente del Foro Justicia y Discapacidad del CGPJ.
[2] Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia.
[3] Magistrado. Director de la Escuela Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Barcelona.
[4] Magistrado. Audiencia Provincial de Sevilla.
[5] Magistrado. Audiencia Provincial de Córdoba.
[6] Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba.

la capacidad para declarar, la relación con sustancias adictivas y, en su caso, la necesidad de ingreso en unidad de hospitalización breve de psiquiatría mediante un internamiento urgente involuntario.

No resulta extraña la solicitud de un informe de imputabilidad en ese momento concreto. Entendemos que un informe pericial ajustado a la *lex artis* sobre esta materia no debe hacerse en el momento de la detención y puesta a disposición judicial, sino en un momento ulterior en que se cuente con toda la historia clínica. Los diagnósticos en psiquiatría, de acuerdo a las clasificaciones internacionales, requieren el mantenimiento de la psicopatología durante un cierto tiempo. En el momento de la detención se valora la psicopatología y posteriormente se estudiará la evolución cronológica.

Por tanto, el reconocimiento médico forense realizado en el juzgado de guardia debe contar con una exploración psicopatológica de las funciones psíquicas más relevantes: conciencia, percepción, pensamiento, afectividad e impulsividad-agresividad que faciliten la respuesta a los tres objetivos señalados al inicio de esta respuesta.

En el momento actual existe un protocolo para reconocimiento de detenidos publicado en BOE (1997) y vigente en la actualidad que considera como esenciales: datos identificativos, historia clínica, resultado de reconocimiento y hoja de evolución para aquellos casos en que haya que reconocer al detenido en más de una ocasión. Si se realiza de acuerdo a la *lex artis*, entendemos que debiera ser suficiente para tener una certera idea de la situación psíquica en que se encuentra el peritado. No obstante, existentes otros protocolos, más enfocados a los reconocimientos en caso de torturas, como es el caso del protocolo de Estambul, aunque consideramos que de escasa cabida en la pregunta formulada.

La información sobre el consumo de sustancias tóxicas, así como los datos de la historia clínica, en caso de que existiese, es difícil de obtener en el momento de la guardia. Por ello, sería deseable la posible conexión del médico forense con los diferentes sistemas de salud o de drogas, con el fin de tener información fidedigna en tiempo real y evitar al máximo el consabido «según refiere».

Finalmente, es menester comentar un asunto importante: dónde se realiza el reconocimiento y en qué condiciones. La razón de mencionar este aspecto es recordar la privacidad que debe existir en los reconocimientos médicos, ya sea en un centro de salud, en una consulta hospitalaria o en un juzgado de guardia, siendo este un tema no siempre bien comprendido y que se pasa por alto en aras de la seguridad. Así, apreciando lo que estaba aconteciendo, el Defensor del Pueblo, basándose entre otros en el protocolo de Estambul, publicó en 2014 un documento sobre los partes de lesiones de personas privadas de libertad e hizo mención especial a la privacidad, reproduciendo literalmente lo siguiente: «Las entrevistas médicas deben realizarse siempre en privado, sin que haya personal de custodia presente en el área médica ni en las zonas de alcance visual o auditivo a la interacción entre médico y detenido. Así, por ejemplo, no se consideran aceptables las entrevistas en las que la puerta de la consulta permanece abierta si hubiera funcionarios de custodia cerca de la misma. El paciente debe estar, asimismo, libre de restricciones físicas (grilletes u otro tipo de contenciones). La única excepción a esta regla es cuando existan sospechas justificadas de riesgo, en cuyo caso el médico podrá acordar con el detenido realizar la exploración, y dejar constancia escrita en el informe de las circunstancias en que esta se ha producido (presencia policial, otras personas presentes, restricciones físicas, etc.)».

Bibliografía

— Defensor del Pueblo. 2014. Estudio sobre los partes de lesiones de las personas privadas de libertad. [Fecha de consulta: 3 de junio de 2018]. Disponible en:https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2014-06-Estudio-sobre-los-partes-de-lesiones-de-las-personas-privadas-de-libertad.pdf
— Guija Villa J.A.; Giner Jiménez, L.; Romero de la Cruz, C.; Guijarro Santoro, A.; López Aguilar F.J. Examen médico forense del esta-

do mental en el juzgado de guardia. Cuadernos de Medicina Forense; vol.19; n.º 3-4; Málaga jul./dic. 2013.
— Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Protocolo de Estambul. Nueva York y Ginebra, 2004. [Fecha de consulta: 3 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf
— BOE A-1997-20472. Orden de 16 de septiembre de 1997 por la que se aprueba el Protocolo que han de utilizar los Médicos Forenses en el reconocimiento de los detenidos. articulo 503 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio del Poder Judicial.

2. ¿Cuál es el papel actual de las diversas ramas científicas relacionadas con la psicopatología en la investigación de los delitos?

Existen diversas ciencias relacionadas con el intento de explicación e investigación de los delitos.

En primer lugar la psiquiatría, que a través de los sistemas de clasificación de enfermedades mentales (DSM y CIE) busca establecer si el delincuente entra en alguno de los perfiles definidos por dichos sistemas como trastorno o enfermedad mental; una rama derivada de la misma es la psiquiatría forense, que se dedica al estudio de las relaciones existentes entre la práctica clínica de esta especialidad y el marco legal existente en cada país. La psiquiatría forense realiza dos funciones principales: por un lado, lleva a cabo la prueba pericial acerca del estado mental del delincuente; por otro lado, establece las relaciones que existen entre la práctica clínica de la psiquiatría y la legislación vigente en cada país a este respecto.

Por otro lado encontramos, la psicología en sus distintas vertientes: jurídica, disciplina que trata de aplicar los conocimientos y técnicas básicas y experimentales propias de la psicología al estudio de la

conducta humana en sus diferentes facetas dentro del ámbito legal y en sus diferentes contextos; y forense, rama de la psicología jurídica cuya finalidad es colaborar con los magistrados que deben resolver un proceso judicial. Los psicólogos forenses se encargan de recolectar y estudiar datos psicológicos que sean útiles en el marco de un juicio; dentro de esta se encuentra la psicología del testimonio, que consiste en el «conjunto de conocimientos que, basados en los resultados de las investigaciones de los campos de la psicología experimental y la psicología social, intentan determinar la calidad (exactitud y credibilidad) de los testimonios que sobre los delitos, accidentes o sucesos cotidianos prestan los testigos presenciales» (Mira y Diges, 1991).

La psicología criminal o criminológica se encarga de estudiar el comportamiento y los procesos mentales del individuo que ha cometido un delito, así como del estudio de las víctimas.

Bibliografía

— Calcedo A.: Psiquiatría Forense. https://alfredocalcedo.net/dr-alfredo-calcedo-barba/-que-es-la-psiquiatria-forense.

— Mira JJ., Diges M.: Psicología del Testimonio. Concepto, Áreas de Aplicación y Aplicabilidad de sus resultados. Papeles del Psicólogo. 1991. Vol (48).

— Pérez J, Gardey A.: Publicado en 2013. Actualizado en 2015. Definición de psicología forense. https://definicion.de/psicologia-forense/

3. ¿Qué relación existe entre la «anomalía» y la «alteración psíquica» del artículo 20.1 del Código Penal y el trastorno mental?

Relación importante, aunque con matices. Los términos «anomalía» y «alteración psíquica» son exclusivamente jurídicos, no se superponen a ninguno de la nosografía psiquiátrica y desde una perspectiva

práctica son equivalentes a trastorno mental. Por tanto, cualquier tipo de trastorno de los recogidos en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (DSM-5, CIE-10 en el momento actual, próximamente CIE-11), desde la óptica jurídica, equivale a una anomalía o alteración psíquica.

No obstante, algunos autores (Carrasco y Maza, 2010), aun dando por sentada la equivalencia señalada, tratan de realizar alguna puntualización. Entienden que la «alteración psíquica» será sinónimo de trastorno mental; mientras que el concepto «anomalía» podría relacionarse con los rasgos y disposiciones anormales de la personalidad que no cumplan criterios diagnósticos suficientes como para ser considerados como un trastorno de la personalidad. Así ocurre en personalidades con rasgos de paranoidismo, histeria o de otro tipo, rasgos anómalos aislados que no reúnen criterios plenos para ser considerados como trastornos de personalidad. Incluso engloba dentro de «anomalía» a estados mentales congénitos, genéticos o de otro tipo que se acompañan de retraso mental u otras manifestaciones psicopatológicas, como por ejemplo el síndrome de Down o en retrasos mentales leves, capacidades intelectuales límites, etc.

Bibliografía

— Carrasco Gómez JJ.; Maza Martín J.M. Tratado de Psiquiatría Legal y Forense. Ed. La Ley-Actualidad. 2010.

4. ¿Desde la perspectiva psiquiátrica puede sostenerse hoy que el fundamento de la culpabilidad es el libre albedrío?

El concepto de «libre albedrío» no se utiliza en psiquiatría, pues está impregnado de elementos filosóficos ajenos y contradictorios, en su formulación, a las evidencias que suministra el estudio del funcio-

namiento psicológico del hombre y las variables que en él introducen los distintos trastornos mentales. Los actos humanos que conforman cualquier tipo de conducta, que se presupone que se ejecuta en libertad y, por lo tanto, que es consentida por el sujeto que la ejercita sabiendo todas sus consecuencias, en todos los órdenes, está regida por las capacidades de conocer y de querer.

Conocer y querer en psicología hacen referencia a las funciones de la conciencia, la inteligencia y la voluntad. Es la conciencia la que permite darse cuenta de la trascendencia de los actos que se acometen; implica la participación de la conciencia en estado de vigilia, un entendimiento inteligente y una resonancia afectiva, que van a impulsar a la acción que comprende la volición. La interacción de conciencia e inteligencia conlleva un estado de integridad funcional para poder valorar, entender y jerarquizar las distintas opciones del paso a la acción que se van a ejecutar; así como la integridad de la voluntad. Supone que la acción ejercida no ha estado ni mediatizada ni precipitada por elemento alguno que altere la secuencia de la concepción, valoración, decisión y ejecución del mismo.

Sin embargo, desde el punto de vista jurídico-psiquiátrico, en la valoración de las capacidades de conocer y querer, hemos de tener en cuenta una serie de mediadores socioambientales adquiridos por los sujetos en su maduración y desarrollo sociopersonal como son: la motivación por las normas o intimidabilidad, la nocividad y las subculturas de la anomia. Esos actúan como mediadores en la modulación del circuito funcional de los actos humanos.

Con esta ultima precisión, puede afirmarse que el fundamento psicológico de la culpabilidad sigue asentándose en los elementos cognoscitivos, afectivos y volitivos; entendidos estos en un funcionamiento psíquico integrado y de realimentación funcional.

Bibliografía

— de Aquino, T. Suma Teológica. Tomo II. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2010.

— Jaén MJ, Moreno MJ, Lillo R, Medina A. Aspectos psiquiátricos y jurídicos de los comportamientos violentos. En: Medina A, Moreno MJ. Lillo R y Guija JA, editores. Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas. Palma de Mallorca: FEPSM. Psiquiatría.com; 2016. p. 19-32.
— Medina A, Moreno MJ. Las funciones psíquicas normales y patológicas: Su clasificación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 167-179.
— Schopenhauer A. Ensayo sobre el libre albedrío. Buenos Aires: Gradifco; 2005.

5. ¿Podemos afirmar que todas las facultades humanas, a los efectos de considerar la capacidad de culpabilidad, pueden reducirse a los planos intelectivos y volitivos?

Sí, pero como un resumen reduccionista de la forma de funcionamiento psíquico global. La idea que debe presidir la explicación del origen funcional de los actos humanos es la de la totalidad, que debe ser entendida en tres sentidos: como estructura que poseen las funciones psíquicas diversas, manteniendo entre ellas una relación que las retroalimenta y que las integra por un principio general de funcionamiento;) como procedente de un origen tectónico vertical, que es el que permite situar a distintos niveles de profundidad (desde la corporalidad más biológica a los pensamientos y sentimientos más espirituales y sociales) el punto de origen de cada actividad psíquica ; y como expresión de que la función psíquica solo es un vehículo por el que se explicita y concreta el peculiar sentido que cualquier situación tiene para cada hombre.

La separación formal de lo que denominamos funciones psíquicas (inteligencia, afectividad, conciencia, percepción y voluntad) es algo que viene obligado por aspectos de comprensión didáctica, pero el fondo del funcionamiento psíquico es absolutamente indivisible.

Cuando se piensa, se está vigil (conciencia), porque sin conciencia no pueden funcionar el resto de lo que hemos denominado funciones psíquicas, pero cuándo se piensa y en qué se piensa está modulado por la afectividad de ese instante y todo ello amplía o reduce el campo y los detalles de lo percibido. Y, así, podríamos encadenar todas las funciones en un círculo de retroalimentación. Se entiende de esta forma que el funcionamiento psíquico es a manera de un conjunto organizado, en el que las capas de origen se completan por necesidad, existiendo entre sus componentes: difusión, dependencia y equilibrio; llevándolos a una integración armónica cuando existen presupuestos de normalidad.

Platón decía que «el obrar humano fluye de tres orígenes: el deseo, el sentimiento y el conocimiento».

Estas tres capas indican una gradación ascendente, de lo puramente biológico (como las estructuras cerebrales especializadas) a la codificación de la norma social. Por contestar de forma resumida a la pregunta de si el sujeto de estudio comprende (conoce) y tiene la voluntad de hacer (quiere): el análisis riguroso de los elementos cognoscitivos y volitivos durante la exploración forense será clave para establecer la existencia o no de capacidad de culpabilidad.

Bibliografía

— Jaén MJ y Moreno MJ. Trastorno mental y capacidad para entender el significado de proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.

— Lersch P. La estructura de la personalidad. Barcelona: Scientia; 1971.

— Medina A, Moreno MJ. Las funciones psíquicas normales y patológicas: Su clasificación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Medica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 167-179.

6. ¿Son bien diferenciables o independientes las facultades intelectivas y volitivas, o interactúan? Por otro lado, ¿conforme a qué pautas o criterios se establece la gravedad de la afectación de tales facultades?

Ya hemos explicado que la separación de las funciones psíquicas se efectúa en aras de lo didáctico, y que esa disección formal ha de entenderse sin perder de vista el fondo del funcionamiento psíquico, que es indivisible, pues la vida psíquica es desde su origen una unidad que desborda sus partes. Sin embargo, es posible su exploración partiendo de esta división.

Cada función psíquica manifiesta su propia serie de signos y síntomas que constituyen lo psicopatológico y que es la manifestación inteligible de un déficit de integración de la vida relacional por la existencia de alguna alteración en una o varias de las funciones. Estas alteraciones son las que nos van a revelar una estructura individual modificada que puede catalogarse de enferma o patológica. Partiendo del análisis de la conducta que observamos, se exploran las funciones que pudieran haber producido la inversión de la integración del acontecer psíquico que es, precisamente, lo psicopatológico.

En cuanto a la afectación de las funciones psíquicas, se atiende a la presencia o ausencia de alteración. En el caso de presencia, se estudian los aspectos cualitativos de la alteración, se especifica si son aspectos formales o de contenido, y en los cuantitativos se valora si es posible efectuar una graduación en leve, moderado, grave y extremo.

Un ejemplo: en la exploración de la función cognoscitiva se examinan sus aspectos formales para constatar cómo el sujeto construye los conceptos y razonamientos, y cómo discurre ese pensamiento en su expresión lingüística (incoherente, disgregada, deshilachada, ideofugaz...). También se analiza el contenido mediante la exploración del tema predominante de él: monodeísmo depresivo, fugacidad maníaca o delirante (con sus múltiples temáticas). Cuantitativamente, se mide

hasta qué punto lo patológico sobrepasa a lo que pueda restar de normal; en este caso, del pensamiento dominante del sujeto.

Cuando se explora la impulsividad, que es fundamental para medir la temporalidad de la secuencia volitiva, no solo interesa la cantidad de ella, sino cuáles son las situaciones, pensamientos y/o emociones que la precipitan.

Bibliografía

— Medina A, Moreno MJ, Lillo R. Precisiones conceptuales psiquiátricas. En: Medina, Moreno, Lillo, Guija, directores. El psiquiatra: del ámbito médico al jurídico. Barcelona: Euromedice; 2007. p. 9-17.

— Medina A, Moreno MJ. Las funciones psíquicas normales y patológicas: Su clasificación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Medica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 167-179.

7. La doctrina clásica considera que la culpabilidad se basa en que el autor de la infracción penal tenga las facultades psíquicas y el grado de madurez suficientes para poder ser motivado en sus actos por los mandatos normativos, y a ese conjunto de facultades se le llama imputabilidad o capacidad de culpabilidad. Ahora bien, ¿debemos tener presente que esas facultades intelectivas y volitivas a su vez están condicionadas por otra serie de factores, tanto psíquicos como socioculturales, que también deben ser relevantes para determinar esa «capacidad de culpabilidad»?

Anteriormente ha sido explicitada la forma de funcionamiento integrado y de retroalimentación que tienen entre sí las denominadas funciones psíquicas y, por ello, cómo ha de entenderse la

primacía de exploración de la voluntad y de las capacidades cognoscitivas para poder determinar si el sujeto tiene capacidad de culpabilidad.

En cuanto a los elementos motivacionales y sociales que pudieran incidir en la corrupción a la hora de decidir conductas en contra de las normas de convivencia vigentes en el ámbito social de referencia, hay que hacer las siguientes precisiones: el proceso de crecimiento, desarrollo y maduración del ser humano es bastante complejo. Los tres sustantivos implican características diferentes. El hombre crece corporalmente y se desarrolla, y madura corporal y psíquicamente. El desarrollo y la maduración psíquicos interactúan mutuamente. Desde el mismo momento del nacimiento los factores socio-ambientales entran a formar parte de la modulación de ese desarrollo y, sobre todo, de la maduración. La riqueza o pobreza ambiental, la ideología que impera en los círculos familiar y social y el nivel cultural e incluso económico de los componentes de esos grupos van a tener importancia en el entramado pericircunstancial del desarrollo psicológico del sujeto. La socialización es el resultado final del proceso interactivo de desarrollo y maduración que sitúa a la persona en el mundo para desenvolverse en él de acuerdo a las normas que esa sociedad donde habita tiene como patrón regio de conducta normalizada. El proceso de asunción de los valores que impregnan las normas, que caracterizan y dan cohesión y armonía a una determinada sociedad, evoluciona desde la forma heterónoma —obediencia a la norma por miedo al castigo o por imitación del modelo familiar, propia de la infancia y adolescencia— a la autónoma, cuando el sujeto, en la fase final de la personificación, asume los valores por convicción de las creencias que lo inspiran. Por este mecanismo, las personas adquieren identidad y a la vez integración armónica en el conjunto del cuerpo social.

Cuando el conjunto de los agentes familiares y grupales que rodean al sujeto no es capaz de servir de modelo de los valores que inspiran las normas de conducta, pactadas mayoritariamente por la sociedad que los acoge, o pertenecen a subculturas con valores

muy diferentes, el desarrollo es anómico, y ello puede ser un elemento predisponente a la no obediencia de los códigos en vigor. En criminología se valoran, entre otros, para medir la peligrosidad postdelictual, la motivación por la norma o intimidabilidad y la pertenencia étnica, religiosa o cultural a grupos con valores y normas distintos a los que inspira la sociedad de referencia. Estos factores son predisponentes a la no asunción e incumplimiento de la citada norma, y es un fiable indicador de peligrosidad, pero bajo ninguna óptica vienen a viciar la capacidad de culpabilidad. Los comportamientos ilícitos penales de los grupos marginales y/o fanáticos surgen de una elección libre de la conducta ilícita porque ella los motiva, y producen más gratificación personalística y de cohesión con su grupo o sistema de creencias que la abstención de esa conducta. Por tanto, en conclusión, los factores motivacionales no pueden ser considerados nada más que como facilitadores para el entendimiento de la conducta que se explora, pero nunca como causales.

Bibliografía

— Jaén MJ, Moreno MJ, Lillo R, Medina A. Aspectos psiquiátricos y jurídicos de los comportamientos violentos. En: Medina A, Moreno MJ. Lillo R y Guija JA, editores. Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas. Palma de Mallorca: FEPSM. Psiquiatría.com; 2016. p. 19-32.

— Medina A, Moreno MJ. Ciclo vital evolutivo. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 145-157.

— Medina A, Moreno MJ. El sujeto psíquico y la personalidad. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 123-129.

— Medina A, Moreno MJ. Las funciones psíquicas normales y patológicas: Su clasificación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 167-179.

8. En el juicio retrospectivo sobre la capacidad de culpabilidad de una persona en un determinado momento pasado, ¿qué elementos necesita conocer el psiquiatra?

El análisis pericial que realiza el facultativo se basa en determinar la capacidad que tenía el sujeto en el momento del hecho. Para ello debe basarse en dos aspectos: el estado y el rasgo. El rasgo es algo estable en la vida del sujeto, mientras que el estado es la situación en que se encuentra la persona en un momento concreto. Así, para evaluar la imputabilidad de alguien en un momento determinado, habrá que tener en cuenta cómo es ese sujeto y cómo estaba en el momento del acto delictivo. En lo primero, hay que tener en cuenta los trastornos crónicos, mientras que en lo segundo se haría un diagnóstico retrospectivo basándose en el mayor número de pruebas y testimonios, incluidas las del propio peritado. En ambos casos, se determina el grado de gravedad con el objetivo para ver en qué medida afecta a su capacidad de conocer y decidir tanto de forma basal como en un momento concreto dado.

9. Afirma la doctrina que el empecinamiento legal por reducir la capacidad de culpabilidad a la fórmula tradicional de afectación de las facultades intelectivas o volitivas hunde sus raíces en la necesidad de dar respuesta al problema de las personalidades psicopáticas. ¿Puede la psiquiatría actual fundamentar una exención de la responsabilidad, o al menos una atenuación de la misma, en estas personas acudiendo a la afectación de otras facultades que no sean las clásicas intelectivas o volitivas, en lo que se coincide que estos sujetos no las tienen afectadas?

Las capacidades de conocer y de querer son la *fundamento princeps* para la demostración de la responsabilidad de las conductas.

Solo las alteraciones de cualquier función psíquica, que por los mecanismos de retroalimentación y unicidad de funcionamiento (ya explicados anteriormente) afecten severamente al entendimiento (pensamiento e inteligencia) y a la volición de manera suficiente para anular la libertad de elección son constitutivas de exención de responsabilidad. Además, no se puede olvidar que siempre hay que demostrar que esas alteraciones se puedan conectar causalmente con la forma de la conducta cuestionada, puesto que esta es la forma de unir el acto cometido con la psicopatología encontrada. Ahora bien, ya hemos dicho que todas las funciones psíquicas actúan realimentándose entre ellas y la patología que pueda existir en cualquiera de estas puede viciar el funcionamiento de otras, dando como resultado una merma en la capacidad de la responsabilidad.

El problema que presentan las psicopatías es otro. Las denominadas «psicopatías» o «sociopatías» son un grupo de trastornos de la personalidad (anomalías en el sentir jurídico) que pueden, por la reificación de sus rasgos de carácter y como consecuencia de ello —de sus conductas cristalizadas y repetitivas— dar la impresión de que esas conductas son irresponsables. No, no es así. El psicópata cede a sus impulsos aun a sabiendas de que no están en la licitud del comportamiento normativo. Pero ello no es óbice para que en circunstancias muy intensas y especiales —situaciones de fuerte carga emocional— puedan desencadenar un funcionamiento vicioso de alguna o varias funciones psíquicas, que conduzcan a un estado de irresponsabilidad total (raro) o parcial. Es esa la razón por las que las anomalías, léase trastornos de la personalidad, figuren junto a los trastornos mentales en las causas posibles de atenuación o exención de responsabilidad.

Bibliografía

— Medina A, Moreno M.J. El sujeto psíquico y la personalidad. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 123-129.

— Medina A, Moreno MJ. Las funciones psíquicas normales y patológicas: Su clasificación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 167-179.
— Medina A. Los trastornos de la personalidad en la ley y el orden de la vida cotidiana. En Medina A, Moreno MJ. Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico filosófico. Córdoba: Nanuk S.L; 1998. p. 257-274.
— Ruiz-Maya M. Psiquiatría jurídica penal y civil. Córdoba: Ed. Cajasur; 2001.

10. ¿La capacidad de una persona para ser motivada por la norma jurídica depende exclusivamente de las circunstancias psicopatológicas del sujeto o puede tener relación con la legitimidad y no arbitrariedad de la norma?

Cualquier norma que sea considerada como arbitraria e ilegítima puede provocar en el individuo una reacción psicológica de pérdida de la libertad, lo que se conoce con el nombre de «reactancia psicológica». Dicha reacción puede provocar en el ser humano una falta de motivación para cumplir la norma. Asimismo puede hacer que el individuo utilice cualquier medio que esté a su alcance para recuperar su libertad.

Bibliografía

— Brehm, SS, Brehm, JW. Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control. New York: Academic Press; 1981.
— Atención Selectiva. La reactancia psicológica ante la falta de libertad. [Fecha de consulta: 15 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.atencionselectva.com/2015/03/la-reactancia-psicologica-ante-la-falta.html

11. ¿Pueden afectar a esa capacidad de culpabilidad alteraciones de la memoria, de la afectividad, del pensamiento o de la motivación?

Sí, pero con las siguientes matizaciones:

Cualquier alteración de una función psíquica en el mecanismo que hemos detallado, de retroalimentación e integración del funcionamiento conductual, puede incidir en las finales actividades de «conocer »y «querer».

La memoria es una función muy compleja que opera a través de los procesos de fijación, transformación, conservación y evocación. Es importante reseñar que si no se fijan los acontecimientos, estos no se pueden almacenar; y por tanto, tener en cuenta que en el proceso de fijación inciden fuertemente el nivel de la conciencia, la intensidad y amplitud de la atención y el estado afectivo.

La exploración de la memoria tiene una vertiente cualitativa y otra cuantitativa. Las amnesias persistentes de tipo lacunar, que afectan al tiempo y contenido del delito pueden, *per se*, ser un problema para continuar con el proceso judicial, ya que el sujeto no puede comprender el sentido del proceso jurídico, ya que no recuerda nada de los hechos que se están sustanciando.

El pensamiento es el que permite formar conceptos a partir de ideas simples, resolver problemas y tomar decisiones basadas en juicios lógicos. Alteraciones en su forma, disgregación, fuga de ideas o delirio influyen en la capacidad de entender lógicamente la realidad y por lo tanto en la toma de decisiones, el hacer.

La afectividad que se compone de emociones, sentimientos y estados de ánimo incide y colorea la manera de pensar y de actuar de la persona. Los estados de angustia de gran intensidad, que se acompañan de grave vivencia de peligro, pueden actuar como factores de distorsión de la capacidad de reflexión cognoscitiva, y por ese camino precipitar el acto volitivo.

Por último, la motivación también es un elemento que incide en la conducta elegida, pero ha de tenerse en cuenta en su valoración la

gravedad de las alteraciones que puede producir en las funciones psíquicas fundamentales y su incidencia final en la acción cognoscitiva y volitiva.

Bibliografía

— Jaén MJ y Moreno MJ. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.
— Jaén MJ, Moreno MJ, Lillo R, Medina A. Aspectos psiquiátricos y jurídicos de los comportamientos violentos. En: Medina A, Moreno MJ. Lillo R y Guija JA, editores. Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas. Palma de Mallorca: FEPSM. Psiquiatría.com; 2016. p. 19-32.
— Rojo M. En torno a la conciencia humana. Valencia: Promolibro; 1995.

12. ¿Comparte el criterio de la doctrina de que ese complejo proceso de interacción y comunicación del sujeto con la sociedad en la que convive, y su relación con la imputabilidad, denominada «motivación», y que esa capacidad de motivación a nivel individual, es decir, la capacidad de motivarse por los mandatos normativos, es lo que realmente constituye la esencia de ese elemento de la culpabilidad que hemos denominado imputabilidad?

Desde un punto de vista psicológico, se define la motivación como aquel estado de necesidad del organismo que le lleva a realizar una conducta para conseguir una meta; por otro lado, se considera que la culpabilidad, a nivel individual, depende de la atribución causal que

realice el individuo cuando fracasa en la consecución de sus metas. Así pues, únicamente en aquellos casos en los que el individuo tenga como meta el ser un buen ciudadano podríamos hablar de motivación para cumplir las normas.

Bibliografía

— Barberá E.: Modelos Explicativos en Psicología de la Motivación. R.E.M.E, 1997; 5 (10). [Fecha de consulta: 2 de Julio de 2018]. Disponible en: http://reme.uji.es
— Choliz M.: Psicología de la Motivación. El proceso motivacional. 2004. Disponible en: http://www.uv.es/~choliz

13. El Código Penal no utiliza el término de enajenación mental, pero ¿qué se entiende por ella?

Actualmente tampoco se usa en psiquiatría. La expresión «enajenación mental» es la traducción de alienación mental, el primer sustantivo utilizado por la psiquiatría cuando comenzó a considerar la locura como el enfermar psíquico humano. En el comienzo de la psiquiatría científica, que teóricamente se fija en 1794 y en la figura señera de Pinel, comienza a utilizarse como equivalente de locura el de alienación mental.

La palabra alienación, del latín *alienatio*, se utiliza para señalar que el funcionamiento psíquico y la conducta del sujeto afectado por ella estaban por fuera de los surcos de la normalidad (*de la realidad del mundo sensible*). De esa manera se desterraba la antigua denominación de la locura, siempre cargada de simbolismos extracientíficos y que es palabra de origen y significado inciertos. En correspondencia con ello, los médicos que se van a ocupar de esta clase de enfermos y enfermedades se denominarán alienistas. El primer tratado en que se fija el concepto, alcance, formas, pronóstico y tratamiento de la alie-

nación (enajenación) mental es el de Pinel, en 1801, denominado *Tratado médico filosófico de la alienación mental o manía*. En la época en la que se gesta el concepto genérico de la enajenación mental, esta constituía una única enfermedad, y siempre conllevaba una completa anulación de la percepción de la realidad circundante, por lo que las conductas observables constituían siempre una consecuencia directa de esta percepción aberrante.

En consecuencia, el diagnóstico de enajenación conllevaba, a la manera de silogismo, la declaración de irresponsabilidad jurídica, deteniéndose incluso, mediante el informe del alienista, la incoación del proceso sumarial. Así pues, el término que estamos analizando, y que no es de uso ni jurídico ni psiquiátrico hoy día, sería el equivalente al estado de total incapacidad mental aguda o crónica.

Bibliografía

— Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos; 2008.
— Flores I. Peligrosidad social predelictual y trastorno mental. Navarra: Aranzadi; 2018.
— Medina A. La psiquiatría en los procesos penales: evolución conceptual de fines y métodos. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 89-117.

14. La formulación de las eximentes contenidas en los tres primeros números del artículo 20 del Código Penal, ¿se ajustan al conocimiento actual de la psiquiatría?

Tomadas en un sentido genérico, sí; Sin embargo, respecto a los términos utilizados en la redacción de estas eximentes habría que ha-

cer algunas matizaciones, más terminológicas que conceptuales, pero que son necesarias a tenor de la pregunta formulada.

En cuanto a la primera eximente, el término «alteración psíquica» no es doctrinalmente correcto puesto que en nuestras clasificaciones actuales se consigna a las enfermedades como trastornos mentales, y entendemos como anomalías las variaciones anormales de la conformación de la personalidad, los trastornos de la personalidad. Y si es cierto que cualquiera de ellas ha podido provocar un vicio suficiente en la concepción (comprensión), valoración (meditación de las consecuencias a corto y largo plazo) y decisión consecuente, con la comprensión y valoración para la ejecución del acto, debería entonces ser eximido el sujeto de responsabilidad. Desde la experiencia práctica esta descripción es mucho más frecuente y plausible, según la terminología jurídica, en las alteraciones (trastornos mentales) que en las anomalías.

En cuanto al denominado «trastorno mental transitorio» es un término en desuso en psiquiatría, salvo cuando se quiere, en informes periciales, ofrecer una descripción psicopatológica detallada de las alteraciones que se producen en los estados de arrebato y/u obcecación que provocan las situaciones de pasión exacerbada.

En la segunda eximente, si por intoxicación plena se entiende que ésta ha sido suficiente para producir una psicopatología que a su vez pueda explicar satisfactoriamente su conexión causal con los actos realizados, sí. El estado de intoxicación, la sola constatación de ese estado, sin demostración de una alteración del circuito funcional del conocer y del querer, no debe ser suficiente para considerar válida la eximente.

Y en cuanto a la tercera, creemos que debe referirse, en el campo de la psiquiatría, a la discapacidad intelectual, ya que también existen alteraciones graves de la percepción de la realidad en la ceguera y en la sordera, que no reseñamos ni precisamos por exceder de nuestro campo. En cuanto al retraso mental rigen los mismos principios de todo trastorno mental, aunque es claro que cuanto más bajo sea el coeficiente intelectual más posibilidad existe de que sea cierta la exención de responsabilidad.

Bibliografía

— APA. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Madrid: Panamericana; 2014.
— APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 1997.
— López JJ. La responsabilidad penal del enfermo mental. Discurso de ingreso. Madrid: Boletín de la Real Academia Nacional de Medicina de España; 1951.
— OMS. Clasificación Internacional de los Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª revisión (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

15. ¿Todos los trastornos mentales recogidos en las clasificaciones internacionales pueden afectar a la imputabilidad?

En un sentido muy genérico e incluso exagerado, sí; hemos señalado en otras preguntas que no es el diagnóstico clasificatorio el que señala la exención de responsabilidad, sino la gravedad psicopatológica que se puede constatar en cuanto al funcionamiento psíquico integrado, y desde él a la afectación que pueda incidir en las capacidades intelectivo-cognitivas (conocer o entender) y las volitivas (querer y actuar).

La desestructuración de estas capacidades provoca una perturbación del sí mismo que tiene distintos gradientes cuantitativos y cualitativos, que son los que marcarán la posibilidad, siempre que se cumpla el principio de causalidad temporal y formal, de la inimputabilidad o mejor de la incapacidad para la culpabilidad.

Obviamente, estas condiciones serán más plausibles en los trastornos más graves que en los menos, pero en estos últimos la intensidad de la sintomatología podría justificar la aplicación de la eximente a la manera en que se aplican en los estados pasionales de arrebato y de obcecación en los que, en su análisis forense, siempre puede darse el

caso de encontrar una patología de base, nunca grave, que es la que ha provocado, con el concurso precipitador y acelerador del conflicto en que se ha visto inmerso, el estado de confusión pasional.

Es de reseñar que, aunque es de capital importancia la determinación de la capacidad del sujeto para la imputabilidad, no es menos importante la detección precoz de indicios de enfermedad mental, sobre todo una patología grave, durante cualquier momento del proceso, desde la instrucción o inicio hasta la imposición de la pena o resolución final. Y es que podríamos estar ante un claro supuesto de total indefensión al no ser el sujeto capaz de comprender lo que está acaeciendo y el alcance de ello, contraviniendo así las garantías procesales. Ante la más mínima sospecha o presencia de documentación clínica que haga presumir que el sujeto está diagnosticado de algún trastorno, se hace necesario establecer mecanismos procedentes de la clínica psiquiátrica o forense para descartar que el sujeto pueda caer en indefensión por incomprensión de lo que le está ocurriendo.

Bibliografía

— Flores I. Peligrosidad social predelictual y trastorno mental. Navarra: Aranzadi; 2018.

— Jaén MJ y Moreno MJ. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.

— Medina A, Moreno MJ, Lillo R. Aspectos psicoantropológicos de la víctima y de la victimalidad. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R y Guija JA, editores. El sufrimiento de la víctima: Psiquiatría y Ley. Madrid: Triacastela; 2009. p. 10-23.

— Medina A, Moreno MJ. La experiencia de sí mismo y su perturbación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p.385-390.

— Medina A. La psiquiatría en los procesos penales: evolución conceptual de fines y métodos. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p.89-117.

16. ¿Cuáles son los diagnósticos que mayor incidencia tienen en la disminución o exención de la responsabilidad penal?

Son los denominados trastornos mentales graves (TMG).

Ha de entenderse esta denominación en el contexto de las dificultades inherentes a su terapéutica, rehabilitación y apoyo social. Así se constituyen en un constructo con el que señalar aquellos trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Se excluyen las afecciones como la simulación, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos del desarrollo. A pesar de ser un grupo muy heterogéneo parece existir un consenso sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para su definición operativa y que son:

- Una sintomatología que se podría resumir y calificar de «psicótica», en relación con que genera problemas para captar la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales.
- Una evolución prolongada en el tiempo, fijada habitualmente entre uno y dos años.
- Un componente de discapacidad presente en diferentes ámbitos funcionales.

El enfermo con TMG presenta una serie de características comunes. Según el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU,

estas serían: poseer una mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente, déficit acusado para manejarse autónomamente, gran dificultad para la interacción social y dependencia elevada de otras personas y de los servicios sanitarios.

Se incluirían dentro de los TMG los siguientes diagnósticos psiquiátricos (CIE-10): esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastorno de ideas delirantes inducido, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico no orgánico y no especificado, trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos, trastorno paranoide de la personalidad y trastorno de inestabilidad emocional.

Bibliografía

— Jaén MJ, Moreno MJ. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.

— López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007;27(1):192-197.

— Marín-Basallote N, Navarro C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III de El Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2012;(14):81.

— Vila L, Area R, Ferro V, González L, Justo A, Suárez MJ et al. Trastorno Mental Severo. TOG (A Coruña) [Internet]. 2007 [citado 22 Mayo 2018]; (5): [52 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf

17. ¿Qué criterios utilizan los facultativos a la hora de medir lo que en derecho se denomina «imputabilidad»? ¿Pueden distinguirse nítidamente los que constituyen alteraciones de los procesos de razonamiento de los que se refieren a la voluntad? ¿Existen patologías que solo afectan a alguno de estos conceptos?

La responsabilidad sobre un hecho enjuiciable se establece sobre la base de dos premisas: la presencia de alteraciones psíquicas lo suficientemente importantes como para anular la capacidad de entender y querer, y la existencia de un nexo causal suficiente entre esas alteraciones y los hechos punibles acaecidos. Así pues, la anamnesis y la exploración psicopatológica, tanto en su vertiente cualitativa, que es la que determina si existe anormalidad, como en la cuantitativa, en el caso de existir alteración, son el método regio de determinación pericial. A veces podemos utilizar escalas de medición de intensidad psicopatológica para establecer la gravedad del trastorno.

La exploración del razonamiento (pensamiento) y la de la voluntad son diferentes y se pueden separar, ya que constituyen funciones psíquicas independientes, aunque interrelacionadas.

Sí existen patologías que solo afectan a una de estas funciones de forma primordial o primaria. Respecto al pensamiento tendríamos los trastornos delirantes, trastornos demenciales y trastornos del desarrollo intelectual, y en relación con la voluntad, los trastornos del control de los impulsos.

Bibliografía

— Jaén M.J, y Moreno M.J. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.

18. Desaparecido del Código Penal el término «enajenación», ¿es posible establecer un catálogo de enfermedades mentales que comprometan *per se* la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión? ¿Cabe establecer categorías dentro de esa clasificación, en atención a la facultad a que afectan y el modo en que la limitan?

Per se, por la propia esencia de su definición, rotundamente no.

Los trastornos mentales son definidos actualmente como síndromes caracterizados por una alteración significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que reflejan una disfunción de los procesos biológicos, psicológicos o del desarrollo, que subyacen en el funcionamiento mental. Habitualmente estas alteraciones van asociadas a un estrés o a una discapacidad graduable, ya sea social, laboral o de otra naturaleza. Los criterios para el diagnóstico, en cualquiera de las clasificaciones actuales, se basan en síntomas y signos clínicos cuya cantidad y calidad no solo sirven para el diagnóstico, sino que indican el grado de afectación psicopatológica y, en consecuencia, la extensión lesional de las funciones psíquicas implicadas.

No obstante las precisiones anteriores, existen unas entidades —no se podría hablar de catálogo— que por su propia configuración psicopatológica serían más proclives a disminuir o anular la capacidad de conocer o de querer si aparecen en cualquier momento del proceso penal, que son:

- Discapacidad intelectual / Retraso mental (de moderado a profundo).
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos delirantes relacionados.
- Trastornos bipolares y trastornos relacionados.
- Trastornos disociativos.

- Trastornos por consumo de sustancias.
- Trastorno obsesivo compulsivo grave.
- Demencias.
- Síndrome confusional.

En cuanto a la posibilidad de establecer directrices unívocas de afectaciones diana de función afectada primordialmente, no es posible, ya que incluso dentro de la misma entidad clínica la variabilidad es idiosincrásica con la persona que la padece, en función de factores ligados a su biografía, gravedad del ente morboso y decurso vital.

No obstante esta aproximación, en cada una de las entidades relacionadas y en cualquiera de las que componen el catálogo de las clasificaciones actuales en que pudiera estar encuadrado el examinando en cuestión, lo verdaderamente decisivo para determinar la afectación y su gravedad es el resultado de la exploración psicopatológica de las funciones psíquicas, así como poder establecer o no la conexión causal con las características formales de los hechos penales que al sujeto se le imputan; y además, cierto grado de certeza de que los síntomas que en el momento de la exploración se denotan estaban presentes en el momento de los hechos.

Bibliografía

— Guija JA, Giner L, Núñez M, Giner J. Aspectos médicos y jurídicos del informe pericial psiquiátrico. En: Medina A, Moreno MJ. Lillo R y Guija JA, editores. Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas. Palma de Mallorca: FEPSM. Psiquiatría.com; 2016. p. 183-196.

— Jaén MJ y Moreno MJ. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.

— Medina A, Moreno MJ. La experiencia de sí mismo y su perturbación. En: Ridruejo, Medina y Rubio, directores. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996. p. 385-390.
— Medina A. La psiquiatría en los procesos penales: evolución conceptual de fines y métodos. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 89-117.

19. ¿Qué problemas presenta la función del psiquiatra como perito en los procesos penales?

El peritaje psiquiátrico basa su fundamento en tres premisas: la absoluta imparcialidad, que no constituye un acto médico y cuya esencia es la búsqueda del nexo causal entre el hecho antijurídico y la psicopatología encontrada en el sujeto.

Sentadas estas premisas, en los procesos penales es fundamental efectuar la primera exploración lo más cercana en el tiempo a los hechos que se van a dirimir, puesto que la cercanía procurará una mejor definición de las anormalidades psicopatológicas y la posibilidad de establecer el hilo que une enfermedad mental y delito. Al contrario ocurre en los procesos civiles, en los que la estabilidad de las lesiones y el agotamiento del proceso terapéutico son convenientes, cuando no imprescindibles, para el dictamen pericial. Además, en algunos casos como en los trastornos mentales graves, la pericia psiquiátrica precoz es la única manera de salvaguardar al enfermo de sufrir un proceso sumarial al que no estaría obligado dada su absoluta lejanía de la realidad (Término que el art. 8.1 del Código Penal de 1973 tipificaba como" enajenación mental").

Otro de los problemas que hay que salvar en las pericias psiquiátricas es el de la mecánica de la propia pericia. En la actualidad, las clasificaciones psiquiátricas al uso (CIE y DSM) pueden incitar al error de creer que con su aplicación nos estamos mo-

viendo en terrenos de absoluta certeza, cuando estos diagnósticos precisan de un gran bagaje experiencial en cuanto a entrenamiento en anamnesis, exploración y observación evolutiva de la sintomatología que los van a conformar. Es importante ser consciente de que el diagnóstico basado en las clasificaciones aceptadas es siempre de validez sincrónica, por lo que no es lícito insacular del diagnóstico conclusiones forenses sobre hechos pretéritos, basándose en la pretendida certeza diagnóstica que ofrece la estructura sintomática que comprende cada entidad nosológica en la clasificación usada; sino que tiene que seguir haciéndose a través del análisis causal de los síntomas actuales, su validez estructural y su permanencia en conexión con los hechos que han de encausarse. El diagnóstico procedente de las clasificaciones concreta con fiabilidad la entidad clínica de la que hablamos, pero sigue siendo el análisis sintomático (la psicopatología de las funciones psíquicas) el que nos dará la clave de si, en el momento de los hechos enjuiciados, estos viciaron las capacidades de entender y querer. De otro lado, no se trata de comprender (entender desde la biografía del encausado) un hecho enjuiciable, sino de explicarlo desde la estructura psíquica anormal del que lo cometió.

Bibliografía

— Jaén M.J. y Moreno M.J. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 137-148.
— Medina A. La psiquiatría en los procesos penales: evolución conceptual de fines y métodos. En: Flores I, Sánchez A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Garantías del sujeto pasivo con trastorno mental en el proceso penal. Navarra: Aranzadi; 2018. p. 89-117.

20. En particular, ¿en qué consiste y qué criterios se emplean en la denominada «psicología del testimonio»?

La psicología del testimonio, tal y como fue definida anteriormente, tiene como finalidad dos cuestiones fundamentales: por un lado, evaluar la veracidad de las declaraciones. Para ello se basa en los estudios experimentales realizados sobre la mentira, como son los cambios psicofisiológicos que se producen cuando mentimos y que fueron muy utilizados con el famoso polígrafo o detector de mentiras. Sin embargo, la propia psicología puso de manifiesto que el polígrafo podría dar tanto falsos positivos en personas muy ansiosas que mienten inconscientemente o debido a la tensión de la situación, como falsos negativos en personas que carecen de empatía, como los psicópatas, o bien personas que tienen un gran control emocional. Hoy en día tienden a utilizarse otro tipo de medidas como los cambios conductuales relacionados con la mentira: retorcerse las manos, no mirar de frente, cambios apenas imperceptibles en el lenguaje corporal… y una serie de gestos faciales y corporales que según Ekman nos indican cuándo un individuo nos está mintiendo o está diciendo la verdad. El contenido semántico o la forma de hacer la declaración también son otras variables que nos pueden ayudar a detectar mentiras: las declaraciones falsas suelen ser más largas y también pueden contener más pausas (que podrían estar relacionadas con el la elaboración o procesamiento de la información por parte del sujeto); en cualquier caso estos últimos métodos aún no están suficientemente comprobados experimentalmente.

Por otro lado, la psicología del testimonio también pretende evaluar el propio testimonio. Así, se sabe que en situaciones de ansiedad y estrés pueden existir muchas dificultades en recordar lo percibido (esto puede ocurrir también cuando el sujeto tiene que declarar en un juicio oral, que en general provoca bastante ansiedad en el ciudadano normal). Además se sabe que los recuerdos son reconstrucciones de hechos, de tal forma que la información que el sujeto recibe después

del suceso sobre el que ha de declarar altera su recuerdo. Junto a ello es más fácil realizar un buen testimonio cuando el sujeto es libre de comunicar lo que sabe que cuando tiene que responder a preguntas concretas o cerradas. Por último está lo que se denomina «focalización del arma», es decir, cuando aparece un arma en escena la atención se focaliza sobre la misma prescindiendo de los demás elementos circundantes. Existen además una serie de métodos para determinar el grado de veracidad del testimonio en los niños.

Bibliografía

— Ekman P: Cómo detectar mentiras: Una guía para utilizar en el Trabajo, la Política y la Pareja. Barcelona: Paidós 2009.
— Manzanero AL: Psicología del Testimonio. Madrid: Pirámide, 2008.
— Querejeta LM : Validez y Credibilidad del testimonio. La Psicología Forense Experimental. Eguzkilore, 1999; Vol (13): 157-168.
— Sobral J: «La toma de decisiones judiciales: El Impacto de los testimonios». En La Criminología Aplicada, 1997 CGPJ. (XV).

21. ¿Qué papel pueden desempeñar la psiquiatría y la psicología en la atención de las víctimas? ¿Y en particular en las grandes catástrofes?

A pesar de que ya se conocía desde antiguo, el concepto de «neurosis de guerra» comenzó a tener relevancia después de la I Guerra Mundial, en la medida en que el psicoanálisis comenzó a ocuparse de las víctimas (principalmente soldados) de dicha catástrofe. Sin embargo, no es hasta después de la II Guerra Mundial cuando comienzan a realizarse investigaciones sobre lo que se ha venido a denominar «intervención en crisis», que consiste en una serie de procedimientos para disminuir el impacto psicológico del suceso traumático y evitar o resolver el estrés postraumático.

La atención a las víctimas requiere una preparación especial tanto en el caso del psiquiatra como del psicólogo; el primero puede evaluar el estado mental de la víctima y determinar si es o no susceptible de tratamiento psicofarmacológico, al mismo tiempo que ejerce de apoyo a la misma y comprueba si hay algún tipo de trastorno mental previo al suceso o si su problemática psiquiátrica está directamente relacionada con el suceso traumático.

Por su parte, el papel del psicólogo consiste principalmente en prestar ayuda psicológica tanto a nivel individual como familiar, al mismo tiempo que ayuda a la víctima a narrar su historia y a crear grupos y asociaciones de víctimas con el fin de que en dichos grupos se vaya produciendo un liderazgo y un auténtico poder social.

En cuanto a la atención a las víctimas en grandes catástrofes, se puede decir lo mismo que en el caso anterior. A pesar de ello, se entiende que en las grandes catástrofes están implicadas no solo las víctimas directas del suceso, sino también familiares, organizaciones sociales y sociedad en general. En este sentido existen en la actualidad, en nuestro país, equipos especializados en intervención en grandes catástrofes cuya misión, tanto por parte de psicólogos como de psiquiatras, es intentar que tanto las víctimas como los familiares recuperen cuanto antes sus recursos psicológicos habituales. Así, mientras que el psiquiatra se ocupa más de los aspectos psicofarmacológicos si se necesitan, el psicólogo atiende más a los aspectos psicológicos, comprobando el impacto emocional que el suceso ha ocasionado en las víctimas, familiares o sociedad en general. A este respecto, la intervención del psicólogo es especialmente importante en momentos críticos como el de comunicar una mala noticia, uno de los desafíos más complicados en la atención a los familiares de las víctimas de grandes catástrofes, por ejemplo.

Existe todo un estudio sobre la victimización que debe tenerse en cuenta, ya que en muchas ocasiones la víctima «no nace, se hace», a través de todo un proceso individual y social. De hecho, existe toda una disciplina dedicada a estos temas que es la victimología.

Bibliografía

— Cárceles M, M, Patró R.M., Morillas DL: Victimología, Un estudio sobre las víctimas y los procesos de victimización. Madrid: Dyckinson 2014 (2ªed.).
— Rodriguez J, Zaccarelli M, Pérez R: Guía Práctica de Salud Mental en Desastres. Washington OMS Organización Panamericana de la Salud, 2006.
— Zuluaga A, Buelga S: El trabajo psicológico en el centro de atención a las víctimas de violencias graves y violaciones de los derechos humanos. https://www.uv.es/edhc/edhc002_buelga.pdf. 2014.

22. ¿La intervención judicial puede ocasionar interferencias en el curso de los tratamientos? ¿Cuáles serían las vías de coordinación adecuadas?

Si por interferencia entendemos, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española: «cruzar, interponer algo en el camino de otra cosa, o en una acción», entendemos que la intervención judicial sí interfiere, pero no necesariamente en sentido negativo. No obstante, habría que matizar ante qué tipo de jurisdicción nos encontramos: penal o civil.

En el ámbito penal, podemos entender que existe una actuación decisiva en cuanto al tratamiento en dos artículos:

- Artículo 80.5 del Código Penal: «El juez o tribunal podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el numeral 2.º del artículo 20, siempre que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabituado o sometido a tratamiento para

tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión». La experiencia nos enseña que la interferencia, en caso de producirse, no será sino para incentivar la realización de un tratamiento.

- Artículo 106.1. del Código Penal: «La obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a un control médico periódico» como forma de medida de seguridad no privativa de libertad. Se trata al fin y al cabo de una forma de tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), tan debatido a nivel civil, pero que acepta tal posibilidad en la jurisdicción penal. Hay que señalar que la experiencia demuestra un aceptable seguimiento del tratamiento por parte de los pacientes dado que el mismo suele entender las consecuencias de no seguimiento de las medias impuestas. En definitiva, un paciente psiquiátrico al que se le ha aplicado esta medida puede tener alucinaciones y/o delirios, pero no presenta una alteración cognitiva que le impida entender consecuencias de su negativa. Se trata por tanto de una medida que, al igual que la anterior, incentiva más que interfiere.

La experiencia también enseña, no existen publicaciones al respecto, que hay la posibilidad de encontrarnos con pacientes que una vez finalizado el tiempo de duración de la medida de seguridad se niegan a continuar con el tratamiento, pues conocen la ausencia de tal obligación. Esto nos lleva a la segunda posibilidad.

El TAI en ámbito civil: De igual modo que el anterior, entendemos que incentiva o interfiere de forma positiva el seguimiento de un tratamiento. Al respecto sí existen estudios a nivel nacional e internacional y, si bien es cierto que existe controversias acerca de su utilidad, desconocemos trabajo alguno en el que se indique que resulte pernicioso.

Bibliografía

— Cañete-Nicolás C.; Hernández-Viadel M.; Bellido-Rodríguez C.; Lera-Calatayud G.; Asensio-Pascual P.; Pérez-Prieto, J.F.; Calabuig-Crespo R.;

Leal-Cercós C. Situación en España del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) para enfermos mentales graves Actas Españolas de Psiquiatría 2012;40(1):27-33.
— Office of Mental Health. Kendra´s Law. Final Report on the Status of assisted outpatient treatment. March 2005. [Fecha de consulta: 32 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/kendras-law-final-report-on-aot.pdf
— Oficina de salud mental de Nueva York. Programa de tratamiento ambulatorio asistido de la ciudad de Nueva York. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/mh/aot-brochure-sp.pdf
— Treatment Advocacy Center. Kendra´s law: Results from New York´s first ten years with assisted outpatient treatment.[Fecha de consulta: 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.treatmentadvocacycenter.org/component/content/article/41

23. ¿Qué sistemas de atención al paciente privado de libertad se han revelado más eficaces?

El paciente con trastorno mental se caracteriza por presentar psicopatología o alteraciones de alguna/s de la/s función/es psíquica/s que constituyen la persona. Se puede presentar tanto en libertad como si se encuentra privado de la misma. Los tratamientos son similares en ambas situaciones y lo que difiere es la posibilidad de llevarlos a cabo.

Con el fin de adecuar el tratamiento a la realidad del paciente privado de libertad, Instituciones Penitenciarias editó en 2009 y actualizó en 2013 el programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM) en el que trata de adaptar el modelo de asistencia comunitaria en salud mental al caso concreto de la prisión.

Se trata de un programa global, útil y que se está implementando progresivamente en todos los establecimientos penitenciarios. Recoge pautas de atención especializada hacia personas con algún tipo de

trastorno o patología mental, con especial hincapié en la práctica de actividades terapéuticas y ocupacionales específicas.

La intervención con internos que presentan algún tipo de patología mental se articula en tres líneas de actuación; en primer lugar, la detección del caso y atención clínica al objeto de realizar o confirmar el diagnóstico, así como pautar el tratamiento médico. En segundo lugar, se realiza un programa de rehabilitación individualizado, que contempla la participación en actividades comunes del centro o específicamente diseñadas para este tipo de internos. La tercera línea del programa tiene como objetivo facilitar la incorporación social, con intensificación de actuaciones en el ámbito familiar y búsqueda de recursos externos apropiados.

Entre las actuaciones terapéuticas destacan, por su trascendencia rehabilitadora, las encaminadas a conseguir en la medida de lo posible la recuperación de las capacidades personales, el aumento de su autonomía personal, su calidad de vida y su adaptación al entorno, evitando así el deterioro psicosocial y facilitando la adquisición y el desarrollo por el enfermo de habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a su desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.

El equipo multidisciplinar de salud mental que lleva a cabo el PAIEM cuenta con personal sanitario (siendo en todo caso entre ellos imprescindibles el médico, personal de enfermería y a ser posible también el psiquiatra que trate al enfermo), psicólogo, educador, trabajador social, así como asociaciones profesionales u ONG, jurista, maestro, monitor deportivo y monitor ocupacional.

Tal vez, una de las mayores carencias de las que adolece el programa PAIEM es la asistencia especializada por parte del psiquiatra por dos razones: primera, porque no la contempla como requisito esencial, sustituyéndolo por un «a ser posible, también el psiquiatra que trate al interno»; y segunda, porque la persona especializada, el psiquiatra, debe ser de la red de asistencia comunitaria, con la dificultad que ello implica a las ya de por sí saturadas consultas en los equipos de salud mental. Sería deseable la creación de puestos de trabajo de psiquiatras consultores para esta labor concreta.

Bibliografía

— Ministerio del Interior. Programas de intervención con enfermos mentales. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/enfermosMentales.html
— PAIEM renovado. [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/PAIEM_RENOVADO.pdf
— Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM).[Fecha de consulta: 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf

24. ¿En qué medida concurren o pueden concurrir componentes psicológicos y/o biológicos en la determinación de la imputabilidad?

En muchos casos psiquiátricos no existen factores biológicos determinantes que se puedan tener en cuenta, como ocurre, por ejemplo, en el caso de las esquizofrenias, en el trastorno bipolar o en los trastornos de personalidad. No obstante, todos ellos pueden llevar parejo una alteración de la capacidad mental del sujeto al cometer una acción; sin embargo, sí hay algunos casos en los que concurren tanto factores biológicos (entendidos como desde el momento del nacimiento) como psicológicos; ello ocurre en el autismo o en las discapacidades intelectuales. También hay circunstancias que determinan tanto el estado biológico como psicológico del individuo, como acontece en los estados alterados de conciencia debidos tanto al alcohol como a otras drogas, o las enfermedades que como las demencias alteran la capacidad intelectual del individuo. Todos estos casos alteran la imputabilidad del sujeto. Ahora bien, cualquier enfermedad

o trastorno mental debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar la imputabilidad de un sujeto.

Bibliografía

— OMS: CIE-10. Madrid: Panamericana 1994.

25. ¿El reconocimiento de algún grado de discapacidad presenta siempre la posibilidad de inimputabilidad?

La posibilidad de imputabilidad dependerá de cada caso concreto, por lo que esta posibilidad existe cualquiera que sea la presencia de discapacidad. En el caso de discapacidad intelectual, el grado con el que esté presente puede influir tanto en la capacidad cognitiva como en la volitiva. Por tanto, en las personas con mayor grado es muy posible que tengan afectadas una o ambas capacidades, lo que implica que su imputabilidad sea, al menos, parcial en la mayoría de las ocasiones.

26. ¿Puede determinarse con certeza en un informe pericial la posibilidad de declarar como investigado? ¿Y como testigo?

La certeza absoluta no existe. Nos encontramos ante personas y, por lo tanto, sometidos a todas las variables que pueden influir en las mismas, incluida la simulación. Además, es posible que debamos contar con otra variable de especial complejidad: la psicopatología que *per se* es capaz de modificar todas las anteriores.

Estas circunstancias llevan al perito a realizar una anamnesis exhaustiva en la que se intente analizar el estado de las diferentes funciones psíquicas que influyen en la capacidad para declarar como

investigado: conciencia, orientación, concentración, percepción, afectividad, pensamiento, psicomotricidad e inteligencia. En definitiva, todas aquellas necesarias para determinar la capacidad de conocer acerca de lo que se le está preguntando y las consecuencias de sus respuestas, así como sus facultades volitivas para poder declarar conforme a su conveniencia cuando intervine como investigado.

En cuanto a la actuación como testigo, partimos de una premisa similar al caso anterior: es necesaria la anamnesis y el estudio psicopatológico para determinar la ausencia de psicopatología que pueda influir en la declaración. Aquí nos encontramos con un elemento adicional: el juramento o promesa de decir la verdad. Si lo que se pregunta es acerca de la credibilidad del testimonio, hay que decir que se trata de una cuestión extensa y de más difícil determinación en la que los psicólogos expertos realizan el estudio de esta variable siendo difícil ir más allá de la certeza razonable.

27. ¿Qué es la impulsividad? ¿Cómo afecta a la imputabilidad de una persona? ¿Los trastornos del control de los impulsos afectan a la capacidad de conocer y querer?

La impulsividad hace referencia a la tendencia a responder de forma rápida, sin pensar ni reflexionar sobre las consecuencias o efectos de los actos tanto para el individuo como para los demás.

Las características de la impulsividad engloban aspectos entre sí como pueden ser el sentido de urgencia, de inmediatez de las respuestas (acto) y la imposibilidad de diferir el acto o de aplazar la gratificación. 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; no se valoran los riesgos ni las consecuencias.

Bajo el concepto de trastorno del control de los impulsos (OMS, 1992) se engloban un variado grupo de trastornos que comparten unas

características generales: el sujeto experimenta impulsos, las conductas son gratificantes para el individuo (al menos inicialmente) y la persona se siente fuera de control. Para ser considerado como tal, el sujeto que ejecuta estas acciones no debe estar intoxicado o bajo los efectos de sustancias. Son categorías específicas, dentro de los trastornos del control de los impulsos, el juego patológico (considerado en otras clasificaciones como una adicción), la cleptomanía, la piromanía, el trastorno compulsivo sexual y el trastorno explosivo intermitente.

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.

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 memoria, valorar y deliberar las opciones, lo que gana y pierde con cada una de ellas y las posibles consecuencias de las diferentes decisiones, integrar todo ello mediante procesos de razonamiento abstracto y, finalmente, expresar y ejecutar lo decidido (documento Sitges, 2009). Es decir, requiere integridad de las funciones cognitivas superiores (atención, gnosias, lenguaje, capacidad de cálculo, memoria y capacidad práxica) y de las ejecutivas, así como un adecuado estado emocional y afectivo.

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 ellas 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 in-

capacidad para inhibir las conductas hacen que, aunque la capacidad cognitiva esté intacta, esta resulte distorsionada por la alteración disejecutiva y emocional. El resultado es que se pierde la ecuanimidad en la toma de decisiones.

Tomar una decisión es solo uno de los componentes del acto libre; el otro es ejecutarlo, y esta empresa corresponde a la voluntad, que está alterada en los trastornos de control de impulsos. Sin embargo, el deterioro de la voluntad no es completo y puede moverse en un amplio rango que va desde leve a extremo. Además, hay que considerar el contexto y las circunstancias. La concurrencia, por ejemplo, de un estado de intoxicación por sustancias puede acrecentar la perturbación de la voluntad. De aquí que para poder establecer en qué grado está afectada la voluntad del sujeto concreto se requiera el 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

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

— Franco Fernández, M. Dolores. Actualización conceptual de los trastornos del control de los impulsos. En: Los trastornos del control de impulsos y las psicopatías. Medina, A; Moreno, MJ; Lillo, R; Guija, JA. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid, 2017. ISBN: 978-84-941401-9-8.

— Guija J.A., 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.

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

28. ¿Toda drogadicción grave influye necesariamente en la capacidad volitiva o intelectiva del drogodependiente, restringiendo de manera apreciable sus facultades de control o inhibición?

Para intentar responder a esta cuestión hay que entender cómo actúan en el cerebro las drogas. La adicción cambia el funcionamiento y estructura de nuestro cerebro. El cerebro normal tiene unos circuitos (el sistema cerebral de recompensa) que premian las acciones que benefician al sujeto (alimentarse, relacionarse, reproducirse…) y otros que responden con alarma ante posibles fuentes de perjuicios. De alguna manera, el cerebro tiene la capacidad de promover conductas que son deseables y evitar las peligrosas. Por otra parte, las regiones frontales cerebrales ayudarán a decidir si las consecuencias de una acción valen la pena (toma de decisiones). Las regiones frontales tienen también un papel fundamental en el control de los impulsos, en la evaluación de los riesgos y en la motivación e incentivación de las conductas.

El consumo de drogas pervierte estos sistemas. El efecto de las drogas sobre estos circuitos es enorme en comparación con los producidos por refuerzos naturales. Así, sobreestimula al sistema cerebral de recompensa y a otros circuitos y lo pone a su servicio con el fin de mantener el consumo. Secuestra los mecanismos de placer y sobrecarga los circuitos emocionales por los que el individuo siente ansiedad y estrés cuando no consume. Volkow y Boyle (2017) señalan que la región prefrontal, donde radica la capacidad para la toma de decisiones, queda afectada y muestra una menor actividad. Las personas no pueden tomar las decisiones apropiadas, aunque racionalmente sean capaces de entender las consecuencias de sus actos.

Actualmente hay suficiente evidencia científica para afirmar que la adicción afecta a los procesos que subyacen en el deseo, en la for-

mación de los hábitos, en el placer, en la regulación emocional y en la cognición. Basándonos en estas modificaciones, los pacientes con adicción tienen graves dificultades en todo el espectro impulsividad-compulsividad, ya que tienen problemas en el control de los impulsos y en la inhibición de conductas no deseadas, así como en la génesis de conductas motivadas e incentivadas; y su capacidad de autocontrol y de toma de decisiones está mermadas. De acuerdo con estas afectaciones la adicción remodela los circuitos cerebrales y asigna el valor supremo a la droga, por encima de otros valores e intereses como son el trabajo, la familia, la salud o la propia vida.

Estas alteraciones están presentes en las adicciones severas. Sin embargo, hay que recordar que la adicción es un proceso paulatino, que se va instaurando a lo largo del tiempo y que, en ocasiones y dependiendo de la droga de la que se trate, puede tardar años en instaurarse desde que se inician los consumos. Durante este proceso, la afectación en las funciones que soportan el acto volitivo, libre y con conocimiento, es gradual. El reto es establecer, para cada caso, cómo de afectadas están estas funciones. Solamente una valoración psicopatológica y psicológica realizada al individuo permitirá establecer el grado en el que se encuentran perturbadas.

Bibliografía

— Di Chiara G, Tanda G, Cadoni C, Acquas E, Bassareo V, Carboni E. Homologies and differences in the action of drugs of abuse and a conventional reinforcer (food) on dopamine transmission: an interpretive framework of the mechanism of drug dependence. Adv Pharmacol 42:983-987, 1998.

— Fowler JS, Volkow ND, Kassed CA, Chang L. Imaging the addicted human brain. Sci Pract Perspect 3(2):4-16, 2007.

— National Institute Drug Abuse. www.drugabuse.gov/parent-teacher.html

— Volkow ND, Boyle M. Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. Am J Psychiatry. 2018 Apr 25:appiajp201817101174. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17101174.

29. ¿Cuál es el papel que puede jugar la psiquiatría forense para determinar la existencia de un pronóstico favorable de reinserción social en la pena de prisión permanente revisable, recientemente introducida en nuestro ordenamiento penal?

El artículo 92.1 del Código Penal establece los requisitos para la suspensión de la ejecución de la pena de prisión permanente revisable. Concretamente, la letra c, señala: «Que el tribunal, a la vista de 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, pueda fundar, previa valoración de los informes de evolución remitidos por el centro penitenciario y por aquellos especialistas que el propio tribunal determine, la existencia de un pronóstico favorable de reinserción social».

Observamos que se trata de una decisión basada en numerosos elementos y sobre los que deben pronunciarse diferentes profesionales, entre ellos, los psiquiatras forenses. El artículo señala tres aspectos sobre los que versó en su momento el informe psiquiátrico forense cuando estudió al que era investigado: la personalidad, sus antecedentes médicos y vitales así como estresores y acontecimientos vitales y las circunstancias del delito. Todo ello permitió en su momento comprender, que no explicar, el delito y las circunstancias por la que se llevó a cabo. De igual modo, muchos años después, cuando se valore la posibilidad de reinserción por haber sido condenado a una pena de prisión permanente revisable, el informe psiquiátrico forense será de especial relevancia, bien entendido que, como señala la ley, no es el único elemento del que se valdrá el juez. El psiquiatra forense deberá estudiar todo lo relacionado con la enfermedad mental, su existencia o no, así como los rasgos o trastornos de personalidad que puedan

incidir en la evolución futura de la persona. Siendo una pieza fundamental en la toma de decisión por parte del tribunal, no será el único, pues es importante conocer la evolución dentro del centro penitenciario y si el mismo es acorde o no con los datos obtenidos desde la perspectiva psíquica.

Aun con el estudio más profundo y detallado posible, hay que dejar constancia de que nunca se dispone de una bola de cristal para poder predecir comportamientos. Cualquier persona expuesta a situaciones excepcionales y no habituales puede responder de forma inhabitual y no acorde con su funcionamiento psíquico habitual.

30. La repercusión mediática que tienen los delitos de violencia de género, especialmente los más graves de asesinatos, ¿puede producir un efecto mimético, incitando a su comisión a otras personas?

El «efecto contagio» en los suicidios es algo demostrado desde la época de Aristóteles. En el caso de la violencia de género es ampliamente discutido sin que se llegue a un consenso al respecto, entre otras razones por la escasa y discrepante bibliografía al respecto. Si bien la mayor parte de las opiniones se mueven entre el desacuerdo a la citada relación (por no encontrarse científicamente demostrada) y la indiferencia ante la misma, existen otras que se posicionan a favor de una relación.

En el sentido señalado, merece la pena citar el trabajo de Pedro Alonso (2010) referente a los datos de mujeres muertas por esta causa en 2008. En el mismo, observa cómo la mayor parte de los casos (88,89 %) se agrupan en los períodos de cuatro días posteriores al primer suceso y solo el 11,11 % de los casos se producen de forma aislada. En este mismo contexto Bandura (1986) señala: «El aprendizaje es, con mucho, una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas

que sirven como lineamientos para la acción » y concreta: «(…) el procesamiento personal de lo que cada uno de nosotros hemos aprendido observando a los demás (conducta y entorno), se convierte en autorrepresentaciones mentales, dispuestas a ser llevadas a cabo en situaciones similares».

En función de lo anterior, propone llevar a cabo un código ético por parte de los medios de comunicación, tomar medidas durante un tiempo y evaluar posteriormente resultados. No obstante, ni se ha llevado a cabo ni son muchas las voces que se muestran de acuerdo en dar posibilidad de demostrar esta teoría, aun cuando, como se señaló al inicio, el contagio está demostrado en otras conductas como la suicida.

Bibliografía

— Alonso P.; Aprendizaje vicario, efecto mimético y violencia de género. Medios de comunicación, aprendizaje «vicario »y efecto mimético (dominó), en las conductas de agresión por violencia de género. 2010. Disponible en: http://www.aconsejame.net/doc-violenciagenero-documento.pdf

31. Cuando se solicita el correspondiente informe pericial, ¿se profundiza lo suficiente para descartar trastornos orgánicos como, por ejemplo, los derivados hipotéticamente de alcoholismo crónico que por el tiempo haya provocado una degeneración constatable del sistema nervioso central que afecte de forma terminante a su capacidad de culpabilidad?

La adicción o dependencia severa al alcohol, en sus estadios finales, aboca a daños cerebrales que podemos clasificar dentro de los trastornos mentales orgánicos.

En estos trastornos mentales orgánicos (como son los casos de las demencias, los síndromes amnésicos o el *delirium*) es posible encontrar una afectación estructural y funcional que perturba el normal funcionamiento cerebral del sujeto.

Por otra parte, son trastornos que ocasionan complejos problemas desde la perspectiva médico-legal en todos los ámbitos del derecho. Pueden generar algunas cuestiones relacionadas con el ámbito penal como sería la valoración de su capacidad de conocer y querer para establecer la imputabilidad o no en la comisión de un delito o en la valoración de la peligrosidad postdelictual y el establecimiento de posibles medidas de seguridad, si el delito cometido ha estado relacionado con la psicopatología que emerge de la afectación orgánica del sistema nervioso central.

En el campo del derecho civil, los pacientes con trastorno mental orgánico requieren, con cierta frecuencia, valoración para establecer una posible incapacitación civil, derivada de la afectación más o menos permanente e irreversible de las capacidades que permiten al sujeto gobernarse. También pueden requerir valoración pericial en procesos ligados al derecho de familia (en el caso de procesos en el que se dirima la guardia y custodia o la patria potestad de los hijos) o en el ámbito laboral, en los procesos de invalidez laboral.

En estos casos, las peritaciones deben responder a las cuestiones solicitadas, haciéndose preciso la exploración psicopatológica que valore el estado mental del sujeto en el momento actual o en el de la comisión del delito. El examen debe ser completo, no limitándose al diagnóstico del individuo. El diagnóstico psiquiátrico nos orienta sobre qué funciones pueden estar perturbadas, pero es la exploración psicopatológica y la evaluación del estado mental los que permiten establecer, exactamente, qué función y, sobre todo, en qué grado se encuentra perturbada. El correcto estudio pericial del sujeto permitirá establecer la presencia del trastorno, la cronicidad o irreversibilidad del mismo, el estado mental del individuo y establecer la repercusión jurídica del mismo.

No obstante, un aspecto que no puede ser olvidado, en la pericial del individuo, es determinar el momento del proceso. Los trastornos mentales orgánicos son procesos morbosos que se desarrollan en el

tiempo, con progresión variable. La afectación de las funciones psíquicas no se establece en todas ellas a la vez y cada una sigue un propio ritmo de evolución. Fijar y resolver cuál es el estadio que el sujeto presenta, cuál es el grado de perturbación de cada una de las funciones psíquicas, cómo ellas afectan la capacidad de conocer y querer y establecer un pronóstico y ritmo de la progresión serán cuestiones complejas que el perito deberá abordar.

Bibliografía

— Esbec Rodríguez, E; Echeburúa Odriozola, E. La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral. Psicopatología clínica, legal y forense, Vol. 14, 2014, pp.189-215.

— Muñoz Sánchez, J. Responsabilidad penal del drogodependiente. RECPC 16-03 (2014) http://criminet.ugr.es/recpc ISSN 1695-0194.

— Serrat Moré, D. Problemas médico-legales del consumo de drogas. Adicciones, 2003, 15(1), pp 77-89.

32. ¿Hay patologías que siempre y en todo caso anulan las facultades intelectivas y/o volitivas, cualesquiera que sean los concretos hechos realizados? ¿Hay otras patologías que, aunque aceptadas como tales en las clasificaciones internacionales, podrían no condicionar en ningún caso la capacidad de culpabilidad?

Más bien hay patologías que afectan las facultades intelectivas y/o volitivas, no tienen por qué anularlas por completo. La capacidad de saber y obrar debe evaluarse en cada persona y para un acto concreto. Bien es cierto que hay grados de afectación intelectual que imposibilitan la comprensión del acto que puedan cometer. Además, en sujetos

con discapacidad intelectual, el control de los impulsos también suele estar mermado, ya que esta capacidad de control requiere conocer las consecuencias de los actos impulsivos. Esta afectación en ambos requisitos (conocer y libertad para actuar) podrá llegar a ser total en casos de discapacidad intelectual grave, por lo que, en estos casos, difícilmente podrán ser imputables.

33. Entre el rasgo y el trastorno de personalidad, ¿hay zonas intermedias en que pueda verse comprometida la capacidad de culpabilidad del sujeto?

En el campo de la psicología de la personalidad se considera que un rasgo es una característica consistente (se mantiene a través de todas las situaciones) y estable (se mantiene a través del tiempo), siendo la personalidad de un individuo una combinación de rasgos. Además se habla de «estado» en psicología de la personalidad cuando un rasgo se manifiesta con toda su intensidad en un momento determinado. Por ello podemos hablar de una personalidad ansiosa (tiene una serie de rasgos como son irritabilidad, viveza, excitación, nerviosismo, etc.) y de estados de ansiedad, en los que uno o varios rasgos se manifiestan de forma intensa. Respecto a los trastornos de personalidad, tal y como son definidos en La CIE-10: «Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida». De las definiciones anteriores se deduce que, en un momento determinado, un individuo puede presentar un «estado» que le lleve a alterar la responsabilidad de sus acciones; indudablemente esto puede darse con mayor frecuencia en los trastornos esquizoide y paranoide que en cualquier otro.

Bibliografía

— OMS: CIE-10. Madrid: Panamericana 1994.

34. El derecho a un juicio justo incluye que todo acusado pueda entender la acusación que se formula en su contra, comunicar con sus representantes técnicos y ejercer una defensa eficaz. ¿Puede someterse a un juicio justo a alguien que, fuera capaz o no en el momento de los hechos, no tiene mínimamente conservadas al tiempo de celebrarse el plenario sus facultades intelectivas y volitivas?

La respuesta a esta pregunta es de tipo jurídico basado en un asesoramiento psiquiátrico.

Efectivamente, puede ocurrir que en el momento del hecho una persona sea imputable pero que meses (o años) después, durante el juicio oral, la misma persona no tenga capacidad para declarar o para entender qué es un juicio y cuáles son sus consecuencias debido a un trastorno mental que ha debutado en este momento o previo a él. En tales circunstancias, una vez asesorado el tribunal, será decisión de este considerar la decisión jurídica a tomar.

35. ¿En qué momento las emociones humanas, como alegría, tristeza, ansiedad o la cólera, requieren un tratamiento psicológico o psiquiátrico?

En la medida en que el individuo pierda el control sobre las mismas, esa pérdida de control puede ser percibida por el propio individuo o bien por las personas que le rodean.

36. ¿Es cierto que TLP y trastorno disocial se diagnostican habitualmente más en las personas que comenten actos delictivos que en los demás? ¿Por qué? ¿Afectan a la imputabilidad?

En la propia definición de dichos trastornos se encuentra la explicación de por qué estos trastornos aparecen con mayor frecuencia en las personas que cometen actos delictivos.

En el caso del TLP, la impulsividad incontrolada, la tendencia al abuso de drogas y a la promiscuidad, así como la fascinación por las conductas de riesgo, inherentes a la patología, pueden llevar a la persona a delinquir.

Por otro lado, la falta de empatía en el caso del trastorno antisocial, así como su tendencia a ser personas antinormas, antipoder y antiautoridad, les lleva con frecuencia a cometer actos fuera de la ley.

En cualquier caso, ambos tipos de personas son plenamente conscientes de sus actos, por lo que en principio son susceptibles de imputabilidad. No obstante debería analizarse con cuidado el estado mental de estos individuos.

Bibliografía

— American Psychiatric Association: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson 1995.
— OMS: CIE-10. Madrid: Panamericana 1994.

37. Últimamente se constata casos en que supuestamente las facultades intelectivas y sobre todo volitivas se dicen anuladas por la escopolamina, denominada «burundanga». ¿Existen estudios suficientes para considerar que efectivamente existe una anulación de las facultades volitivas?

Los extractos de las plantas del género *Datura* (familia solanáceas) se han utilizado con fines rituales desde hace siglos. En los últimos

años han atraído la atención por su empleo con fines delictivos, especialmente en países sudamericanos. Se le conoce, entonces, como burundanga.

Se absorbe bien tanto por vía oral, inhalada o fumada y cruza fácilmente la barrera hematoencefálica. El principio activo responsable de sus acciones es la escopolamina, de potente acción anticolinérgica. Los efectos de la intoxicación son similares a los de otros anticolinérgicos: dilatación pupilar (midriasis), visión borrosa, sequedad de boca, dificultad para deglutir y hablar, retención urinaria, desorientación temporoespacial, incoordinación de movimientos y taquicardia. Las características más peculiares de la escopolamina son las que aparecen por sus efectos sobre el sistema nervioso central, donde bloquea las funciones colinérgicas del sistema límbico y de la corteza asociada y que están relacionadas con las funciones de aprendizaje y memoria (aprendizaje, memoria, funciones cognoscitivas, etc.) que se manifiestan en:

- Una amnesia grave, probablemente relacionada con su acción sobre el hipocampo. Los individuos presentan una afectación mínima de amnesia retrógrada (poder recordar lo ocurrido antes del consumo de la sustancia), pero hay una importante amnesia anterógrada, de tal forma que los sujetos pueden tener gran dificultad para fijar y evocar los recuerdos en un periodo que alcanza hasta las 72 horas tras el consumo de la escopolamina. En algunos casos, la afectación de la memoria no es completa y el sujeto parece recordar hechos aislados que le ocurrieron, como *flashes* de memoria, aunque la capacidad para establecer un relato y secuencia de los hechos están gravemente perturbadas.
- Una incapacidad para reaccionar a la agresión externa (pasividad y sumisión), por efecto sobre sistema límbico y córtex cerebral, que inhibe las reacciones de defensa. Esta sumisión química procede del bloqueo de la capacidad para reaccionar ante estímulos amenazantes.

Estos dos efectos la han hecho especialmente atractiva para ser empleada con fines delictivos, ya que convierte al sujeto en alguien muy sugestionable y fácil de convencer (por las respuestas de sumisión); además, la amnesia lacunar sigue a su consumo impide o dificulta el recuerdo, con la consecuente dificultad para poder denunciar.

Además hay que señalar que, con frecuencia, algunos de los síntomas de la intoxicación, como son la sumisión y la amnesia, son más intensos si se produce el consumo conjunto de otras sustancias capaces de producirlos por sí mismos, como es el caso de alcohol y benzodiacepinas.

Poder establecer una intoxicación por escopolamina es difícil por sus características farmacocinéticas. El efecto máximo de la sustancia se alcanza entre la primera y la segunda hora desde su consumo y se excreta de forma rápida, siendo eliminada en su totalidad antes de 12 horas, lo que dificulta su diagnóstico mediante análisis toxicológicos positivos.

Los síntomas tardíos de la intoxicación, sin embargo, pueden mantenerse durante bastante tiempo. Con frecuencia las personas del entorno refieren que encuentran a sus familiares más apáticos e indiferentes, y los estudios realizados tras intoxicaciones de escopolamina señalan grave compromiso, que se puede extender varios meses, en los procesos de atención, en la memoria y en tareas de pensamiento como es categorizar y clasificar.

La clínica de la intoxicación es dosis dependiente, pudiendo producir los consumos más elevados síntomas graves y severos (psicosis, arritmias, *delirium*, convulsiones, depresión cardiorrespiratoria...) que pueden comprometer la vida del sujeto.

Si bien en los últimos años se ha observado un interés legal por las intoxicaciones por escopolamina (debido a su empleo con fines delictivos, sobre todo robos y abusos sexuales), no se observa el mismo fenómeno desde la producción científica, quizás al tratarse de un hecho fundamentalmente centrado en Colombia y, afortunadamente, aún raro en países occidentales.

Bibliografía

— Ardila A, Moreno C, Ardila SE. Intoxicación por escopolamina ('burundanga'): pérdida de la capacidad de tomar decisiones. REV NEUROL 2006; 42 (2).
— Ardila A, Moreno C. Scopolamine intoxication as a model of transient global amnesia. Brain Cogn 1991; 15: 236-45.
— Britzer DA, Manning DW. Delirium induced by poisoning with anticholinergic agents. Am J Psychiatry 1982; 139: 1343-4.
— Carmelo, S; Ardila A. Efectos de la escopolamina a corto y largo plazo en la memoria y las habilidades conceptuales. Perspectivas en Psicología 2013, 9,2.
— Rodríguez Salgado, E. Fuentes naturales de alcaloides tropanos: Familia de las solanáceas. En: Nuevas drogas psicoactivas (ed. H. Dolengevich). Editorial Entheos. 2015. ISBN 978-84-940824-7-4.

38. ¿Existen evidencias científicas de la concurrencia de enfermedades mentales o trastornos de la personalidad en los autores de delitos contra la libertad o indemnidad sexual? ¿Constatan un aumento de casos en el ámbito juvenil? En su caso, ¿es factible su tratamiento médico de cara a la reinserción social?

La prevalencia de trastornos mentales en población encarcelada por delitos sexuales se estima en unas cuatro veces mayor que en la población general. Así, cerca de dos tercios de los sujetos con penas de cárcel por este tipo de delitos padecen o han padecido algún tipo de trastorno mental. Sin embargo, a pesar del alto porcentaje de enfermedad mental entre los condenados por delitos contra la libertad sexual, estas cifras son menores a la prevalencia de enfermedad mental entre los reclusos en general, estimadas en un 85 %.

El tipo de trastorno detectado no es el trastorno mental grave (ni esquizofrenia ni trastorno bipolar), sino el abuso de sustancias, detectado en uno de cada cuatro delincuentes sexuales. El trastorno mental grave se encuentra alrededor del 10 %, mientras que los trastornos en la esfera sexual se estiman en el 80 % aproximadamente.

Las cifras en EE.UU. indican que algo más de la mitad de los casos de abusos a menores y entre el 20 y el 30 % de las violaciones son producidas por menores de 18 años. Según el informe de la Fiscalía General del Estado, Está comprobado que en España se ha producido un aumento en la incidencia de casos de abusos sexuales en menores. Esta cifra, sin embargo, puede estar condicionada por la reforma del Código Penal que en 2015 elevó la edad del consentimiento sexual de los 13 a los 16 años

En cuanto al tratamiento, se debe saber que la reincidencia en este tipo de delitos se estima entre el 5 y el 10 % en dos años y entre el 20 y el 25 % en diez años, aunque estas cifras pueden ser mayores en el caso de abuso a menores. Cuando se realiza un programa de tratamiento psicológico, al igual que tras someter al agresor a castración quirúrgica o química, la reincidencia parece ser ligeramente menor.

Bibliografía

— Becerra-García JA, García-León A. Trastorno mental en los agresores sexuales: estudio descriptivo de una muestra española. Rev Esp Med Legal. 2013; 39 (1): 3-6.

— Craig L, Beech AR. Towards a guide to best practice in conducting actuarial risk assessments with sex offenders. Aggress Violent Behav. 2010; 15: 278-93.

— Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull. 2011; 37: 800-10.

— Houts FW, Taller I, Tucker DE, Berlin FS. Androgen deprivation treatment of sexual behavior. Adv Psychosom Med. 2011; 31: 149-63.

— Lalumière ML, Harris GT, Quinsey VL, Rice ME. The Causes of Rape: understanding individual differences in male propensity for sexual aggression. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
— Lowenstein L. Aspects of young sex abusers: a review of the literature concenrning young sex abusers. Clin. Psychol. Psychother. 2006; 13: 47-55.
— Redondo S, Garrido V. Efficacy of a psychological treatment for sex ofender. Psicothema. 2008; 20: 4-9.
— Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Crim Behav Ment Health. 2011; 21: 321-32.

39. ¿Los trastornos parafílicos afectan a la imputabilidad?

En principio no, a no ser que aparezcan asociados a alguno de los trastornos mentales que en determinadas circunstancias pudieran modificar la capacidad de conocer y/o querer de la persona.

40. Respecto a los trastornos psicóticos vinculados al consumo de cannabis en la actualidad, ¿sus efectos carecen de relevancia penológica o se desarrollan en el ámbito penitenciario?

El DSM-5 contiene un diagnóstico reconocido desde hace años en la clínica: el trastorno psicótico inducido por cannabis, recogido dentro del capítulo «Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos». Ello quiere decir que reconoce al cannabis como elemento inductor de delirios y/o alucinaciones.

El consumo de cannabis aumenta el riesgo de sufrir síntomas psicóticos, en especial las alucinaciones, e incrementa los trastornos de conducta y la agresividad y dificulta el tratamiento, con un mayor grado de incumplimiento terapéutico. El mecanismo de ac-

ción estaría relacionado con el aumento de dopamina que produce el cannabis.

Con las premisas anteriores, podemos concretar que la conducta de una persona que presenta un trastorno psicótico secundario a consumo de cannabis, normalmente responderá bien a la medicación, pero mientras esta actúa el comportamiento será secundario, entre otras circunstancias, al contenido del deliro y de la/s alucinación/es. Por tanto, la relevancia penológica dependerá de estos dos elementos, así como de la relación de causalidad con el hecho delictivo y el estado de las facultades cognitivas y volitivas en el momento de la acción. Por tanto, no dependerá del agente causal del estado psicótico (cannabis, cocaína u otras sustancias tóxicas), sino de las consecuencias del mismo y, por tanto, se regirán por los mismos criterios generales psiquiátrico-forenses de cualquier estado psicótico.

La OMS considera que el consumo persistente de cannabis (independientemente de si se realiza en libertad o en prisión), en relación con la esquizofrenia, precipita su inicio, sobre todo en quienes empezaron a exponerse a cannabis antes de los 18 años. El consumo de esta sustancia es más elevado en la población esquizofrénica (unas dos veces más) que en la población general, habiendo sido explicada esta circunstancia por sus características ansiolíticas y activadoras (teoría de la automedicación).

En relación con la prisión, solo podemos añadir que el consumo de sustancias tóxicas también se lleva a cabo dentro de la prisión y que por tanto se pueden producir los mismos efectos y las mismas consecuencias penológicas que en las personas que se encuentran en libertad.

Bibliografía

— Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. Gutiérrez-Rojas L.; De Irala J.; Martínez-González M.A. Rev Med Univ Navarra/Vol 50, n.º 1, 2006, 3-10.

41. ¿Tiene alguna relación la reacción vivencial anormal con los conceptos arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante de las atenuantes del artículo 21.3 del Código Penal?

Sí, especialmente con los dos primeros, arrebato y obcecación, que se diferencian, de acuerdo a la jurisprudencia, por el tiempo de latencia en la respuesta tras un estímulo, siendo éste mayor en el segundo caso.

En primer lugar, hay que dejar claro que «arrebato, obcecación o estado pasional» son términos jurídicos, no médicos. Por otro lado, hay que señalar que el término «reacción vivencial anormal» (RVA) hace referencia a un modo de responder ante una situación concreta que es vivida por la persona. No es, por lo tanto, un diagnóstico recogido en las clasificaciones internacionales y, en consecuencia, no es una «anomalía o alteración psíquica» del artículo 20.1 del Código Penal.

Los criterios en psiquiatría para definir la reacción vivencial son: 1. El estado reactivo no habría aparecido si no existiese una vivencia que lo causase. 2. El contenido de ese estado, su tema, posee una relación comprensible con la causa. 3. En su curso en el tiempo, el estado depende de su causa y, en especial, el estado cesa cuando su causa desaparece. En definitiva, se trata de estados emotivos que presentan las personas en respuesta a un estímulo y que son normales. Un paso más allá son las «reacciones vivenciales anormales», caracterizadas porque se desvían del término medio de las reacciones vivenciales normales sobre todo por su intensidad inusitada —a la que hay que añadir la inadecuación de relación con el motivo—, o por la anormalidad de su duración o su aspecto, o por el comportamiento anormal que inducen. Se trata de respuesta anormal en cuanto a tristeza, angustia y terror, o bien ya en personalidades anormales, las reacciones de furor, celos o desconfianza.

Desde la perspectiva psiquiátrico-forense hay que concretar:

- La conciencia no se encuentra alterada. La persona sabe qué hace, cómo lleva a cabo su acción y cuáles son las consecuencias para sí mismo y los demás.

- La capacidad de querer, por el contrario, sí se encuentra alterada. La misma reside en la voluntad y esta ante vivencias de angustia por sobrecarga emocional puede resultar difícil de manejar por la persona, dotando a sus actos de un carácter impulsivo y de falta de reflexión.

Lo señalado coincide con el concepto que entiende la jurisprudencia más reciente, entre ellas la sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón de la Plana 13/17 de 7 de marzo, en relación con los conceptos de arrebato, obcecación y estado pasional, que a su vez hace referencia a la jurisprudencia que viene manteniendo el Tribunal Supremo desde la sentencia número 583/2014 de 2 de julio y otras previas de este mismo tribunal como son la 246/11 de 14 de abril, 170/11 de 24 de marzo y 487/08 de 17 de julio, en las que convienen la existencia de dos elementos que configuran esta atenuante: a) causa o estímulo, que ha de ser importante de modo que permita explicar (no justificar) la reacción delictiva que se produjo, existiendo cierta proporcionalidad entre el estímulo y la reacción y b) tal causa o estímulo ha de producir un efecto consistente en una alteración en el estado de ánimo del sujeto, de modo que quede disminuida su imputabilidad, no tanto que llegue a integrar un trastorno mental transitorio constitutivo de una eximente completa o incompleta, ni tan poco que no exceda de una mera reacción colérica o de acaloramiento o leve aturdimiento que suele acompañar a algunas figuras delictivas y ha de considerarse irrelevante.

Como se aprecia, existe coincidencia entre el criterio psiquiátrico y el jurídico.

Bibliografía

— Jaspers K. Psicopatología General. Fondo de cultura económica. México. 1996.
— Schneider K. Psicopatología Clínica. Fundación Archivos de Neurología. Madrid. 1997.

C.2. PELIGROSIDAD

Rafael Lillo Roldán[1];
Carlos Luis Lledó González[2];
José María Magaña Calle[3]

42. Aceptando que la peligrosidad es un pronóstico de futuro sobre la probabilidad de comisión de nuevos delitos, ¿es un concepto psiquiátrico o jurídico?

La peligrosidad no es un concepto psiquiátrico (vinculado a la psicopatología detectable en el enfermo), ni tan siquiera lo es médico (relacionado con la sintomatología clínica). Incluso puede afirmarse que, desde la medicina en general y la psiquiatría en particular, el término «peligrosidad» se considera muy poco conveniente, ya que encierra un claro componente descalificador y estigmatizante cuando se aplica a un sujeto que pudiera padecer algún tipo de enfermedad o trastorno mental que de por sí presenta ya una alta vulnerabilidad psicosocial. Existe en la actualidad en el seno de la comunidad cien-

[1] Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba.
[2] Magistrado. Audiencia Provincial de Sevilla.
[3] Magistrado. Audiencia Provincial de Córdoba.

tífica (médico-psiquiátrica) un amplio consenso para el empleo del término riesgo en sustitución de «peligrosidad». Planteamiento este que cuenta además con el respaldo mayoritario de los familiares y de los propios enfermos mentales.

Sí se trata por el contrario de un concepto jurídico en la medida en que se emplea con profusión en diferentes artículos de nuestro Código Penal vigente, que como sabemos aplica un sistema dualista frente a la delincuencia (no solo represión sino también prevención de lo delictual).

De todas maneras conviene dejar claro que la «peligrosidad jurídica», que continúa impregnando nuestras normas legales y de la que no conseguimos librarnos, pese a lo indefinido y lo poco riguroso que resulta el concepto relacionado con las circunstancias que acompañan al enfermo mental, encuentra la explicación a su supervivencia, en la presión socio-cultural que se ejerce sobre el legislador. Esta presión no es nueva ni reciente, ya que desde 1880 se introdujo en las valoraciones periciales ante los tribunales de justicia, por razones que nada tenían que ver ni con lo judicial ni con lo psiquiátrico y que interrelacionaban anarquismo con peligrosidad criminal y locura. Aún en nuestra avanzada sociedad occidental del siglo XXI, se alzaprima la seguridad a cualquier otra consideración que pueda argumentarse sólidamente desde el ámbito de los conocimientos científicos respecto del enfermo mental y su posible comportamiento violento y, en consecuencia, potencialmente peligroso para la sociedad.

Bibliografía

— Guija Villa JA. Indicadores de la violencia en las enfermedades mentales. Trascendencia psiquiátrico-forense. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA, editores. Violencia, Psiquiatría y Ley. Madrid: Triacastela; 2009. p. 31-64.

— Medina León A. La psiquiatría en los procesos penales: evolución conceptual de fines y métodos. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Tras-

tornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 89-116.

— Lillo Roldán R. Procedencia de las medidas cautelares en casos de peligrosidad. Análisis psiquiátrico de la trascendencia de la detención, la prisión provisional y las medidas de alejamiento en casos de investigados con trastorno mental. Propuestas alternativas. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 209-233.

43. El sentir social sobre el elevado índice de reincidencia de los enfermos mentales, ¿es una realidad estadística y científica? En relación con el análisis de un hecho concreto, ¿puede desligarse la autoría de un delito del trastorno mental de base, convirtiendo este en irrelevante?

A ambas preguntas podemos contestar afirmativamente, aunque de forma matizada en el caso de la primera.

El sentir social sobre la reincidencia delictiva de los enfermos mentales no es arbitraria, sino que la creciente evolución de los métodos estadísticos permite sostener, basándonos datos fiables y científicamente válidos, que existe una clara asociación posible entre conductas presuntamente delictivas (particularmente violentas) y enfermedad mental. En este sentido y siguiendo a Derek Chiswick (2003), tanto las investigaciones basadas en encuestas de población, como en estudios de cohortes y longitudinales, hacen posible resaltar que:

- Los enfermos mentales graves tienen mas probabilidades de ser condenados por delitos violentos y por delitos de otra naturaleza que el resto de la población. Esta probabilidad puede verse alterada significativamente en función de parámetros tales como la tasa de delincuencia o las características sociodemográficas de la población sometida a estudio.

- La inmensa mayoría de los delitos cometidos por enfermos mentales son de índole menor.
- Los actos violentos de los enfermos mentales, cuando se producen, suelen afectar a familiares u otros integrantes de la red social del enfermo.

  Por otra parte, y como consecuencia de una amplia revisión de estudios epidemiológicos que abarcan perspectivas muy diferentes, podemos concluir que:
- Existe una conexión clara entre el trastorno mental grave, la comorbilidad de otros trastornos mentales y la comisión de delitos. La relación con crímenes violentos es manifiesta en varones diagnosticados de esquizofrenia y con dependencia a sustancias (especialmente al alcohol).
- No puede afirmarse que la totalidad de los enfermos mentales sean violentos. Destaca el hecho científicamente comprobado de que al comparar las tasas de criminalidad en población general con las encontradas en los enfermos mentales, estos últimos se sitúan en porcentajes muy inferiores respecto de los primeros.
- Padecer un trastorno mental y consumir alcohol aumenta la probabilidad de cometer delitos violentos.
- El alcoholismo sin otro trastorno mental añadido es la causa de un número de actos delictuales violentos mayor que los cometidos por la totalidad de los sujetos con enfermedad mental.

Respecto de la relación entre enfermedad mental y hecho delictivo, la vinculación directa (con las posibles modificaciones en responsabilidad e imputabilidad) solo podrá sostenerse cuando se establezca la relación de causalidad entre ambas mediante la prueba pericial psiquiátrica correspondiente.

En consecuencia, el trastorno mental será relevante si conlleva una disminución significativa o anulación de la capacidad de conocer o entender (cognición) y de la capacidad de querer (voluntad y actuar). Además estas dos características descritas, deben estar presentes en el momento de la presunta comisión del delito. De no ser así, el trastor-

no mental (con independencia del diagnóstico concreto y su posible gravedad) deberá ser considerado irrelevante respecto del hecho delictivo cometido por quien lo padece.

Bibliografía

— Chiswick D. Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. En: Gelder MC, López-Ibor JJ, Andreasen N, editores. Tratado de psiquiatría. Tomo III. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 2439-2463.
— Guija Villa JA. La prueba pericial psiquiátrica en el proceso penal. Aspectos médico-psiquiátricos. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 297- 322.
— Guija Villa JA. Repercusiones forenses del peritaje y del informe clínico-psiquiátrico. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo, R, editores. El psiquiatra del ámbito médico al jurídico. Barcelona: Euromedicine ediciones médicas; 2006. p. 19-65.
— Jaén Moreno MJ, Moreno Díaz MJ. Trastorno mental y capacidad para entender el significado del proceso penal y de la pena. Criterios médico-periciales. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 137-172.

44. ¿Puede medirse la peligrosidad? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los parámetros o criterios de medición para ello?

A nuestro juicio, el término «medir» (en el sentido de poder establecer una determinada dimensión exacta) no resulta del todo adecuado cuando nos referimos a la peligrosidad o al riesgo. Más bien la peligrosidad podrá «evaluarse», para de esta forma ser estimada a partir de determinados datos que se poseen. En definitiva, al evaluar la peligrosidad trataremos de aproximarnos lo más posible (pero nun-

ca de manera categórica e inmutable) a la posibilidad de que una persona con trastorno mental pueda cometer actos delictivos en el futuro o reincidir en los mismos.

En lo que se refiere a los criterios o parámetros para evaluar la peligrosidad, y una vez superada la clásica dicotomía entre los enfoques clínico (que permite cierta flexibilidad) y actuarial o estadístico (más riguroso en su análisis), se ha terminado imponiendo una visión integradora de ambas perspectivas, que incluye también datos históricos de probada relación con conductas violentas futuras.

De forma esquemática los criterios para evaluar la peligrosidad son:

En primer lugar, los incluidos en instrumentos como el HCR-20 (*Assessing Risk for Violence*), que responde muy bien a la visión holista antes apuntada y cuyo uso es cada vez más extendido en el ámbito psiquiátrico-forense en España. Los 20 ítems de que se compone abarcan aspectos del pasado tales como: violencia previa, edad del primer acto violento, inestabilidad en relaciones interpersonales o de pareja, problemas laborales, consumo o abuso de sustancias, trastorno mental grave, psicopatía, desadaptación juvenil, trastornos de personalidad e incumplimiento en la supervisión anterior. Variables clínicas del presente: dificultad en la introspección, actitudes negativas, síntomas evidentes de trastorno mental grave, impulsividad y deficiente respuesta al tratamiento. Y dimensiones vinculados al riesgo de violencia en el futuro: ausencia de planes de futuro viables, exposición a situaciones desestabilizantes, falta de recursos personales, no seguir el tratamiento y alto nivel de estrés.

En segundo lugar, están los factores de riesgo para la evaluación de la peligrosidad criminal tanto estáticos como dinámicos. Son factores estáticos: contacto previo con el sistema judicial, experiencias con los servicios sanitarios de salud mental, comisión de delitos violentos anteriores, antecedentes diagnósticos de trastornos mentales e historia de abuso de sustancias. Y los dinámicos son: personalidad antisocial, logros sociales, conflictos interpersonales y consumo de sustancias.

Y por último deben señalarse los factores que han resultado más relevantes en la población forense relacionados también con el riesgo

de violencia: agresiones físicas en prisión, antecedentes de comportamientos violentos, fantasías con contenido violento, historia de detenciones por delitos contra las personas, comportamiento impulsivo en prisión, detección de ideas delirantes o delirios en el sujeto y la psicopatía.

Bibliografía

— Andrés-Pueyo A, Redondo, S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. Papeles del psicólogo. 2007; 28(3):157-173.
— Esbec E, Fernández, O. Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia) en psicología forense. Instrumentos de evaluación y perspectivas. Psicopatología Clínica Legal y Forense. 2003; 3(2):65-90.
— Lillo Roldán R. Procedencia de las medidas cautelares en casos de peligrosidad. Análisis psiquiátrico de la trascendencia de la detención, la prisión provisional y las medidas de alejamiento en casos de investigados con trastorno mental. Propuestas alternativas. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 209-233.
— Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. & Hart, S. (1997 a). Assessing risk of violence to others. In Webster & M. A. Jackson (Eds.). Impulsivity: Theory, assessment, and treatment (pp. 251-277). New York: Guilford.

45. ¿Qué elementos deben valorarse necesariamente en un informe de peligrosidad? ¿Qué peso deben tener circunstancias tales como el tratamiento, el entorno social y familiar, la gravedad de los hechos ya cometidos, la salud física del sujeto, etc.?

Cualquier valoración pericial sobre la peligrosidad debe ser efectuada de manera individualizada, ajustándose al caso concreto y utili-

zando todas las fuentes de información a nuestro alcance (aplicación combinada de lo clínico y lo actuarial), sin olvidar la pericia profesional del psiquiatra forense que la practica. Esta manera de proceder minimizará los errores predictivos en una tarea de la que pueden derivarse importantes decisiones judiciales respecto del enfermo mental en función de la peligrosidad que se le atribuya.

La valoración sobre la peligrosidad o riesgo de reincidencia en la comisión de actos violentos deberá contener los siguientes cinco elementos:

- El diagnóstico de la enfermedad mental que padece el sujeto. Como quiera que ningún trastorno mental ni enfermo mental son peligrosos por sí mismos, conviene señalar la sintomatología de tipo psicótico, que de aparecer en un enfermo mental concreto incrementa el riesgo de conductas violentas por poder provocar: afectación en la captación y comprensión de la realidad, riesgo para su vida y repercusiones negativas en diferentes áreas del normal funcionamiento personal (actividad cotidiana, vida laboral o relaciones sociales). Los trastornos que con más frecuencia poseen estas características y en los cuales puede detectarse historial previo de conductas violentas son: esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastorno de ideas delirantes inducidas, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, trastornos depresivos recurrentes y los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y límite.
- La capacidad del enfermo para entender y aceptar su enfermedad (conciencia de enfermedad).
- El nivel de cumplimiento del tratamiento prescrito (adherencia al tratamiento).
- La existencia previa de conductas violentas, que es un destacado predictor de peligrosidad.
- El posible consumo de sustancias añadido al trastorno mental que padezca.

Respecto del peso que alcanzan las circunstancias tales como el tratamiento, el entorno socio-familiar…, hemos de recordar que la valoración de la peligrosidad dependerá en gran medida del balance entre factores de riesgo y los que son protectores, adquiriendo todos ellos una influencia decisiva. Los primeros han sido expuestos anteriormente y en la respuesta precedente. Entre los factores protectores encontramos como destacables: el apoyo social con que cuente el enfermo, el nivel intelectual del mismo, su vida laboral y de ocio, así como el nivel de relaciones interpersonales que mantenga. A estos hay que añadir como factor protector extraordinariamente notable la adherencia al tratamiento.

Merece una consideración especial el papel que desempeña la salud física del enfermo mental que tiene que explorarse minuciosamente en todo informe de peligrosidad, ya que existen patologías médicas o neurológicas que, padecidas al mismo tiempo que el trastorno mental (comorbilidad), se relacionan con comportamientos agresivos o violentos. Estas patologías son: demencias, enfermedad de Huntington, síndrome psicoorgánico, lesiones cerebrales, síndrome de Korsakoff, deficiencias intelectuales y, aunque en menor medida, una hipoglucemia o un hipertiroidismo.

Bibliografía

— Lillo Roldán R. Procedencia de las medidas cautelares en casos de peligrosidad. Análisis psiquiátrico de la trascendencia de la detención, la prisión provisional y las medidas de alejamiento en casos de investigados con trastorno mental. Propuestas alternativas. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 209-233.

— Guija Villa JA. La prueba pericial psiquiátrica en el proceso penal. Aspectos médico-psiquiátricos. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 297- 322.

— Senon J. Expertise pstchiatrique pénale. EMC-Psychiatrie. 2017; 14(3): 1-10.
— Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. Ann Méd Psychol. 2001; 159:1-12.

46. ¿Es posible baremar de algún modo científico la peligrosidad? Y, de ser así, ¿cuántas categorías se podrían establecer entre la peligrosidad «extrema» y la «prácticamente inexistente»?

En el proceso de evaluación de la peligrosidad, no contamos con un baremo general y específico para determinar el riesgo de comisión de actos delictivos o reiteración de los mismos. Como ha quedado dicho, nos movemos en el terreno de la probabilidad y son innumerables los factores que deberán ser tenidos en cuenta, lo cual explica la dificultad de la elaboración de un baremo. De todas formas los psiquiatras forenses disponen de una serie de instrumentos en los que apoyarse, como un elemento más a tener en cuenta para llegar a determinar una estimación lo más ajustada posible de peligrosidad o riesgo.

Entre estas guías de valoración nos interesa señalar aquellas que estando adaptadas/validadas en España evalúan en enfermos mentales el riesgo de violencia inespecífica hacia personas. Todos estos esquemas evaluativos del riesgo de violencia requieren de una especial destreza para su aplicación y capacidad (conocimientos psiquiátricos) para su adecuada valoración en el contexto general de análisis de la peligrosidad o riesgo:

- El ya citado HCR-20, que posibilita la predicción del riesgo de violencia física en enfermos mentales y reclusos. Está constituida por tres subescalas (pasado, presente y futuro) facilitando

determinar, sin referencia a baremos o puntos de corte, un nivel de riesgo bajo, moderado o alto e inminente.

- La VRAG (*Violent Risk Appraisal Guide*), de uso preferente en población reclusa con trastornos mentales, valorando el riesgo de reincidir con violencia. Si se alcanza una determinada puntuación, puede establecerse la probabilidad de reincidencia a los diez años.
- La PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*), que permite evaluar la presencia o no de psicopatía en sujetos con antecedentes violentos y/o delictivos. Al igual que en el caso anterior, el riesgo de violencia se fija a partir de una puntuación concreta.

La imprescindible exploración clínica del sujeto con su elevada variabilidad sincrónica y diacrónica en la expresión de los síntomas (derivados de la indagación pormenorizada de todas las funciones psíquicas) hace muy difícil el establecimiento de gradaciones estándar de peligrosidad con estadios o categorías intermedias entre la inexistencia de ella y su probable máxima manifestación.

No obstante, la experiencia acumulada en la práctica forense y los resultados aportados por múltiples investigaciones nos permiten afirmar que la más alta peligrosidad se encuentra en los casos de varones con diagnóstico de esquizofrenia, abuso de alcohol, antecedentes violentos y poca o ninguna adherencia al tratamiento. La progresiva desaparición de estos y otros factores de riesgo harán decrecer el riesgo o peligrosidad del sujeto enfermo mental.

Bibliografía

— Andrés-Pueyo A, Echeburua E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. Psicothema. 2010; 22 (3): 403-409.

— Guija Villa JA. Indicadores de la violencia en las enfermedades mentales. Trascendencia psiquiátrico-forense. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA, editores. Violencia, Psiquiatría y Ley. Madrid: Triacastela; 2009. p. 31-64.
— Martin A, Carrasco MA. Riesgo de violencia y trastorno mental. Anuario de Psicología Jurídica. 2011; 21: 69-81.

47. ¿Existe relación entre no adherencia al tratamiento y peligrosidad?

Sí. La no adherencia al tratamiento, que suele ir estrechamente ligada a la falta de conciencia de enfermedad (*insight*) por parte del enfermo mental, se constituye como uno de los factores de riesgo con mayor potencial para propiciar la comisión de actos violentos y presuntamente delictivos, disparando con ello la peligrosidad o riesgo.

La falta de adherencia terapéutica es una de las características principales de lo que conocemos como «conducta anormal de enfermedad», siendo esta la manera de comportarse un paciente que, aun habiendo sido informado por su médico-psiquiatra con todo detalle y lenguaje adecuado a su nivel de instrucción de lo que su padecimiento implica (incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento), no se comporta de manera coherente a la información recibida.

Cuando el enfermo no sigue las pautas terapéuticas marcadas, resulta inviable la instauración de un tratamiento efectivo con la lógica mala evolución de la enfermedad, incremento de las recaídas, deterioro de su calidad de vida y, en definitiva, un funcionamiento global deficiente. No es en modo alguno un fenómeno exclusivo de los enfermos mentales, sino que se trata de un hecho omnipresente en todos los ámbitos de la medicina, abarcando un amplísimo espectro de enfermedades (singularmente las crónicas) y de enfermos, y representando un auténtico problema de salud pública.

Especialmente relevante resulta la falta de adherencia al tratamiento en el caso de los enfermos esquizofrénicos, ya que por sus características específicas ofrecen los niveles más altos de incumplimiento, llegando a tasas que se sitúan entre el 50 y el 72 % de incumplimiento y solo un tercio de estos enfermos pueden ser considerados buenos cumplidores.

Tan importante es la relación entre la falta de adherencia y la peligrosidad que partiendo del nivel de conocimientos actuales se puede deducir que, si el enfermo mental está correctamente diagnosticado y tratado con una buena adherencia al tratamiento, no tiene por qué ser más violento que un individuo mentalmente sano y, por tanto, su nivel de peligrosidad criminal/riesgo de cometer actos que impliquen daño grave sobre bienes jurídicamente protegidos estaría en tasas equiparables a las ofrecidas por la población general.

Bibliografía

— Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J. La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2009; 9 (1): 29-46.

— Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A et al. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas Esp Psiquiatr. 2006; 34 (6): 386-392.

— Lillo Roldán R. Procedencia de las medidas cautelares en casos de peligrosidad. Análisis psiquiátrico de la trascendencia de la detención, la prisión provisional y las medidas de alejamiento en casos de investigados con trastorno mental. Propuestas alternativas. En: Flores I, Sánchez, A, directores. Trastornos mentales y justicia penal. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2017. p. 209-233.

— Roser C. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2002; 29 (4): 232-238.

48. Se constata, en los últimos años, que en procesos por abusos sexuales, y en concreto relacionados con la pederastia, se están solicitando informes periciales psicológicos sobre la personalidad del delincuente. ¿Pueden detectarse rasgos característicos comunes de la personalidad del pedófilo? ¿Y del violador?

Los abusadores y/o agresores sexuales contemplados dentro de los trastornos parafílicos (el trastorno de pedofilia en nuestro caso), así como los violadores, conforman un grupo heterogéneo con perfiles de personalidad y maneras de actuación delictual muy diversas, lo que impide señalar rasgos de personalidad omnipresentes en todo pedófilo o violador.

Ahora bien, desde la psicología criminal se han realizado aportaciones para establecer perfiles criminales con el objetivo de esclarecer delitos violentos como: homicidios, agresiones sexuales y provocación de incendios. En todos estos delitos, el perfil psicológico criminal se corresponde con una técnica psicosocial y no psicológica, señalando grupos poblacionales implicados en los que se detectan aspectos comunes para poner a disposición de jueces y tribunales información sobre el agresor basada en: características psicosociales y análisis psicológico de sus pertenencias, y marcar pautas para los interrogatorios policiales de sospechosos.

En este contexto, las características psicosociológicas generales de los agresores sexuales a menores son: ser en su mayoría hombres; realizar caricias, tocamientos genitales y masturbación; ser conocidos por el menor (incluso pertenecer a su familia); su edad media oscila entre 35-40 años; no pertenecer a una clase social concreta; tener una adaptación social buena; no presentar ninguna otra psicopatología acompañante; pueden tener pareja estable para acceder a los hijos de esta; emplear la seducción para aproximarse a los menores; mostrar dificultad para expresar emociones y para relacionarse con mujeres; presentar distorsiones cognitivas por las que autojustifican su comportamiento; carecer de antecedentes delictuales no sexuales;

presentar historia de abusos sexuales en la infancia; y haber recibido una educación rigurosa y represiva respecto de la sexualidad. Los agresores sexuales intrafamiliares (padre, tío y muy raramente madre) pueden no ser pedófilos.

En relación con los violadores debe quedar claro, como señala Echeburúa (2011), que no responden a un perfil común, no alcanzan un nivel de peligrosidad uniforme y no presentan igual reincidencia. Este mismo autor describe los siguientes tipos de violadores con características psicosociológicas que pueden esquematizarse así:

- Ocasionales: jóvenes, sin planificación del acto, tímidos e inhibidos socialmente, que compensan al violar su baja autoestima y deficiente tolerancia a la frustración.
- Delincuentes: carecen de déficits sexuales y violan como un suceso más en su trayectoria delictual.
- Psicópatas sexuales: son impulsivos, sin empatía ni remordimientos, peligrosos, se crecen ante la resistencia de la víctima a la que pueden matar por no considerarla digna del menor respeto como persona.
- Sádicos: el dolor de la víctima los excita y les proporciona placer, planifican la violación, lesionan a la mujer, son inseguros, introvertidos y les gusta la pornografía.
- Discapacitados mentales: no planifican, utilizan a la mujer para saciar sus impulsos, la violación es una venganza frente al complejo de inferioridad y a los desprecios de los que se creen objeto.
- Mixtos: discapacitados mentales de carácter psicopático o psicópatas con bajo nivel intelectual, ambos con alta peligrosidad.

Bibliografía

— Guija Villa JA. Valoración forense y legal de las perversiones. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA, editores. Conductas perversas: psiquiatría y ley. Madrid: Triacastela; 2011. p. 131-154.

— Soria Verde MA. La psicología de investigación criminal: perfiles psicológicos criminales y hallazgos criminológicos forenses. En: Soria MA, Saiz D, coordinadores. Psicología criminal. Madrid: Pearson Educación; 2009. p. 363-395.
— Echeburúa E. Tratamiento psicológico de los agresores sexuales: resultados obtenidos, reincidencias y dilemas éticos planteados. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA, editores. Conductas perversas: psiquiatría y ley. Madrid: Triacastela; 2011. p. 291-315.

C.3. MENORES DE EDAD

José Luis Carrasco Perera[1];
Juan Manuel Fernández Martínez[2];
Jorge Jiménez Martín[3]; José María Magaña Calle[4]

49. ¿Qué es un TDAH? ¿Qué síntomas presenta? ¿Qué efecto puede tener su reconocimiento y valoración en la responsabilidad penal de un menor de edad infractor?

El llamado trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una disfunción del neurodesarrollo que consiste en una disminución de la capacidad para mantener la atención y la concentración, y que conlleva por lo general una conducta motora hiperactiva y una tendencia a las acciones irreflexivas e impulsivas. El trastorno se produce tanto en el ámbito escolar como en el familiar, aunque los

[1] Catedrático-Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid.
[2] Magistrado. Audiencia Provincial de Navarra. Vocal del CGPJ. Presidente del Foro Justicia y Discapacidad del CGPJ.
[3] Magistrado. Director de la Escuela Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Barcelona.
[4] Magistrado. Audiencia Provincial de Córdoba.

síntomas son más evidentes en el colegio por cuanto se exige del niño una mayor atención y una conducta tranquila.

Los niños afectados suelen mostrar impulsividad en las relaciones sociales, son impacientes y tendentes a la búsqueda rápida de gratificación, lo que unido a sus problemas académicos lleva a una propensión a conductas adictivas y a asociarse con jóvenes disociales, lo que facilita la comisión de conductas ilícitas. Por ello es de extrema importancia en estos niños la educación y la supervisión de sus conductas y de sus relaciones y amistades. De otra parte, la disminución de la responsabilidad, como siempre, habrá de valorarse en función de la intensidad psicopatológica y del principio general del nexo causal.

Bibliografía

— Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, DSM-5. American Psychiatric Association. 2015.

50. Un déficit de atención o una hiperactividad, ¿tendrían alguna relevancia en el ámbito jurídico? ¿Cuándo y por qué motivo?

La existencia del diagnóstico (que debe ser muy preciso y evitando el sobrediagnóstico actual) podría justificar algunas conductas disociales impulsivas desde el punto de vista patológico, especialmente si han sido inducidas por otros o en grupo. Podría argumentarse la existencia de una tendencia irreflexiva que impide valorar con toda claridad las consecuencias de algunas acciones y de una impulsividad de base neural, no psicológica, que puede justificar en parte algunas conductas reactivas a la frustración. No justificaría en ningún caso la aparición de conductas intencionadas y basadas en móviles de naturaleza egoísta o basadas en la envidia o el resenti-

miento, en cuyo caso deberíamos considerar el diagnóstico diferencial con trastornos de la conducta de tipo negativista-desafiante o disocial.

Bibliografía

— Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, 4th ed. A handbook for Diagnosis and Treatment. Russell A. Barkley 2014.

51. ¿Qué tiempo de aplicación de una medida (por ejemplo: tratamiento ambulatorio o internamiento en centro psiquiátrico) es necesario para que a nivel psiquiátrico se pueda valorar su influencia?

En aproximadamente 3 meses de seguimiento se puede valorar el alcance del TDAH y su posible comorbilidad con trastornos disociales de la personalidad. Si no existiera esta comorbilidad, el paciente podría reinsertarse adecuadamente siguiendo un tratamiento farmacológico y de apoyo y supervisión psicosocial. Si existieran trastornos disociales de la personalidad sería más difícil y llevaría más tiempo evaluar la influencia del TDAH en la conducta delictiva, pues intervendrían otros factores relacionados con la disfunción interpersonal, la empatía anómala, el resentimiento contra la autoridad y las tendencias dominadoras y explotadoras, por lo que sería preciso supervisar al sujeto durante aproximadamente un año.

Bibliografía

— Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, 4th ed. A handbook for Diagnosis and Treatment. Russell A. Barkley 2014.

52. ¿Qué grado de adicción a sustancias psicotrópicas y estupefacientes debe tener el menor de edad para afectar a sus facultades volitivas?

Existen dos supuestos: el del abuso de la sustancia y el de la dependencia. En el caso del abuso, el paciente puede tener disminuidas sus capacidades volitivas durante el período breve de la intoxicación. En estos casos, el abuso va a veces asociado a la búsqueda de la desinhibición con cierta intencionalidad tangencial de cometer infracciones.

En el caso de la dependencia, la volición puede estar disminuida en situaciones de abstinencia y de necesidad desesperada de conseguir la droga. Dicho estado conlleva una afectividad ansioso-irritable que puede ofuscar ciertos elementos cognitivos de autocontrol y de reconocimiento de las consecuencias de sus acciones delictivas orientadas a conseguir la droga.

Bibliografía

— Sinopsis of Psychiatry. Kaplan and Sadock, 2007 Lippincott Williams and Wilkins.

53. Cuando durante la instrucción de una causa se han realizado informes periciales del menor de edad infractor, se le ha impuesto en sentencia algún tipo de medida y pretende modificarse esa medida, ¿sería necesario o conveniente emitir nuevos informes periciales sobre el mismo?

Cuando el estado clínico en el que se realizó el informe del menor incluye elementos sintomáticos y transitorios que puedan haber afectado a la sentencia (por ejemplo, consumo de tóxicos, alteraciones

emocionales por disfunción familiar, depresión o trastornos de la personalidad por inestabilidad afectiva), sí estarían indicados una nueva exploración y un informe que pudieran detectar modificaciones positivas del estado psíquico del menor. En el caso de que los elementos de la sentencia se hubieran basado en informes de rasgos disociales, narcisistas o paranoides de la personalidad, no tendría justificación clínica repetir el informe hasta años más tarde, en todo caso. La repetición podría incluso llevar a intentos de manipulación de los resultados por parte del infractor o de sus defensores, mediante respuestas aprendidas y condicionadas.

Bibliografía

— Brent W. Roberts and Daniel Mroczek. Personality Trait Change in Adulthood. Curr Dir Psychol Sci. 2008 Feb 1; 17(1): 31–35.

54. ¿Cómo puede afectar el abuso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TRIC) en los menores de edad al desaparecer la línea divisoria entre realidad y ficción al cometer delitos a través de las mismas?

Es muy posible que el menor pueda estar cometiendo delitos contra la imagen y la privacidad de otras personas en las redes sociales sin saberlo, y que algunas de estas prácticas únicamente signifiquen para él una gamberrada o una broma de mal gusto. Algo parecido ocurriría con ciertos delitos de amenazas, de cuyo alcance jurídico podría no ser consciente. Dicho esto, en los casos de acoso sexual con amenazas o de atentados contra la propiedad a través de internet (robos, estafas…) será muy posible encontrar rasgos específicos de disocialidad en los infractores, pues estos actos conllevan consciencia del delito y actitudes morales cuya reprobabilidad no es menos por

una mera cuestión de distancia física respecto de la persona u objetivo de los ataques. Para algunas personas los límites límites entre realidad y ficción se desdibujan en los delitos telemáticos. Sólo unas pautas educativas sociofamiliares adecuadas pueden prevenir este tipo de comportamientos.

Bibliografía

— Black DW: Bad Boys, Bad Men: Confronting Antisocial Personality Disorder (Sociopathy). Oxford University Press 2013.

55. ¿Se constata la concurrencia de alguna circunstancia con trascendencia psiquiátrica en los delitos de violencia filio-parental? De no ser así, y venir motivados por factores ambientales o sociales, ¿puede colaborar la ciencia psiquiátrica en la labor de prevención de este tipo de delitos?

La violencia filio-parental se produce en algunos pacientes, en la minoría, con enfermedades psiquiátricas perfectamente delimitadas como la esquizofrenia o los trastornos orgánico-cerebrales. Pero en la actualidad la mayoría de las agresiones filio-parentales no pertenece a estos ámbitos, sino al cambio social que está ocurriendo hacia la intolerancia a la frustración y a la disolución de la figura de autoridad como inhibidora del impulso agresivo. Algunos de estos casos podrían enmarcarse en los nuevos trastornos psiquiátricos de la personalidad límite o de las patologías por consumo de drogas, en los que se conjuntan el aspecto social negativo y la vulnerabilidad psicobiológica. Solo en estos casos podría considerarse una labor de prevención mediante la detección temprana de aspectos emocionales y conductuales de riesgo. Pero la labor social orientada a un

cambio de las tendencias actuales es sin duda más importante hoy en día que las actuaciones puramente médico-preventivo-psiquiátricas ya que es una tarea que corresponde al conjunto de la sociedad y de los elementos educativos.

Bibliografía

— Dutton D.: A Social Psycological Perspective on Impulsivity/Intimate Violence. In Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment. Pag 32-42. Webster and Jackson 1997.

56. Dentro del mismo ámbito de la violencia de género, ¿se encuentra alguna explicación psiquiátrica al hecho constatado del aumento creciente de este fenómeno delictivo entre los jóvenes?

La liberación de los jóvenes del poder paternal y normativo al que estaban sometidos les ha dejado también más solos frente a los asaltos de otros jóvenes. Además, las vinculaciones a los padres desprovistos de poder acaban siendo posesivas y explotadoras, patrón que se tiende a reproducir con la pareja, a la que tampoco se le va a permitir una expresión de su poder en forma de desacuerdos, rechazo o elección. La desvinculación de la norma familiar fomenta también el establecimiento de vínculos sentimentales cada vez más posesivos y dependientes entre los jóvenes. Es decir, la carencia de norma les hace más esclavos de la dependencia afectiva.

Bibliografía

— Black DW: Bad Boys, Bad Men: Confronting Antisocial Personality Disorder (Sociopathy). Oxford University Press, 2013.

57. La Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero reguladora de la responsabilidad penal de los menores es aplicable para exigir la responsabilidad de las personas mayores de 14 años y menores de 18, lo que supone que a efectos de imputabilidad el legislador ha optado por entender que antes de una determinada edad el menor, por su falta de madurez, carece de capacidad suficiente para motivarse por las normas. ¿La psiquiatría está de acuerdo con esa solución legislativa o se puede entender que esa horquilla es excesiva y que una persona con, por ejemplo, 16 años sí tendría, en supuestos «normales» capacidad de culpabilidad? O dicho de otra forma, ¿la edad de 18 años es excesiva, como limite mínimo, para la exigencia de responsabilidad criminal?

Desde la perspectiva natural la edad de 18 años no representa ningún hito importante en las transformaciones emocionales, motivacionales y cognitivas del ser humano. Las mayores transformaciones se han producido previamente, alrededor de los 15-16 años. Aunque ciertamente el desarrollo social y el inicio de nuevos ciclos formativos o profesionales van a suponer un cierto avance madurativo a los 18 años. El joven con 15 o 16 años es perfectamente capaz de entender y de interiorizar la cualidad moral de un acto delictivo, tanto en el aspecto emocional como en el cognitivo. No obstante, sí es cierto que la adolescencia, entre los 13 y los 16 años, conlleva un cúmulo de cambios biológicos y relacionales que producen una cierta inconsistencia identitaria, que afecta a los sistemas motivacionales pudiendo llevar a un menor control de los impulsos. Por ello, sin negar la capacidad del menor para entender el alcance de sus conductas, se puede considerar la adolescencia como un periodo inestable emocionalmente que puede atenuar la responsabilidad, pero no eximir de las consecuencias de los actos.

Bibliografía

— John O, Gross J: Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences and life span development. Journal of Personality, 72-6, 2004.

58. En esa franja desde los 14 a los 18 años, ¿pueden detectarse trastornos o alteraciones característicos de esas edades y, entre ellos, la ausencia o falta de control de impulsos?

La aparición de trastornos de la conducta y del comportamiento es especialmente frecuente en estas edades en las que se inicia el desarrollo de la faceta adulta de la personalidad. La adolescencia está caracterizada por estados malhumorados e inestables que cursan de manera natural en los jóvenes, y por la tendencia a una mayor impulsividad. Las alteraciones en forma de conductas impulsivas patológicas son frecuentes, aunque no tienen el mismo sustrato en todos los casos. Algunos actos impulsivos son fundamentalmente temperamentales, como en el caso del TDAH puro, mientras que en otros subyacen trastornos por vulnerabilidad o daño emocional (traumas, maltrato, depresión…). Pero también en la adolescencia pueden ya reconocerse, bajo algunas conductas impulsivas anómalas, patrones de personalidad de naturaleza disocial caracterizados por el egocentrismo desconsiderado y el resentimiento social. Por tanto, sería importante, desde la psiquiatría, centrar las decisiones acerca de la responsabilidad del menor en los aspectos clínicos y psicodiagnósticos de los sujetos, y no tanto en la edad cronológica de los mismos.

Bibliografía

— Trastornos de la personalidad en la vida moderna. T. Millon, R. Davis, 2001, Ed Masson.

59. ¿Qué diferencias presenta el abordaje terapéutico en menores de edad privados de libertad bajo el régimen de responsabilidad penal en lo que respecta a régimen de internamiento o al tratamiento psicofarmacológico?

Los tratamientos que precisan las diferentes patologías psiquiátricas, incluidos los trastornos de conducta, son los mismos independientemente del lugar o establecimiento en el que se encuentre el menor. El tratamiento es inherente y específico a la patología. Por tanto la diferencia no vendrá determinada por el qué se hace, sino por el cómo se lleva a cabo el tratamiento dependiendo de las posibilidades de movimiento de que se disponga y los recursos existentes en un momento determinado.

No obstante, el 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, señala cuáles son las medidas privativas y no privativas de libertad. Entre las primeras, existen cinco posibilidades: internamiento en régimen cerrado, semiabierto o abierto, internamiento terapéutico, permanencia de fin de semana y el internamiento cautelar.

Parecería lo más adecuado, en caso de trastorno psíquico, recurrir al internamiento terapéutico, recogido en el artículo 27 que establece: «Los menores sometidos a esta medida residirán en el centro designado para recibir la atención educativa especializada o el tratamiento específico de la anomalía o alteración psíquica, dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad que padezcan, de acuerdo con el programa de ejecución de la medida elaborado por la entidad pública».

Por otro lado, el mismo artículo requiere de los especialistas o facultativos la elaboración de un programa de tratamiento de la problemática con las pautas sociosanitarias recomendadas y en su caso los mecanismos de control.

En definitiva, el internamiento terapéutico sería la medida oportuna para los menores con las patologías señaladas en el artículo 27 del Real Decreto ya mencionado. El centro debe realizar un programa individualizado a la patología del menor y disponer de los recursos para el oportuno tratamiento.

Bibliografía

— 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. https://boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-15601-consolidado.pdf

D

Derecho Administrativo y Laboral

Celso Iglesias García[1];
María Luisa Segoviano Astaburuaga[2]

1. ¿Cuáles son los sistemas de evaluación de la discapacidad y de la dependencia que se utilizan en la actualidad y qué problemas generan? ¿Cómo intervienen los psiquiatras y los psicólogos?

En lo que respecta a la discapacidad, el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, señala en su artículo 4.1 que «son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás».

[1] Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Valle del Nalón, Langreo. Asturias.
[2] Magistrada del Tribunal Supremo. Sala de lo Social.

Las deficiencias o discapacidades son valoradas mediante los baremos vigentes en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre (BOE n.º 22, de 26 de enero de 2000). Los capítulos 15 y 16 del documento se refieren al retraso mental y enfermedad mental respectivamente.

En el caso del retraso mental es el criterio del profesional el que determina la puntuación a otorgar a través de la valoración de las siguientes áreas: psicomotricidad-lenguaje, habilidades de autonomía personal y social, proceso educativo, proceso ocupacional laboral y conducta. Esta valoración determina el encuadramiento de la persona en una de las siguientes categorías, que se enumeran en orden de discapacidad creciente: capacidad intelectual límite, retraso mental leve, retraso mental moderado, retraso mental grave o profundo. La cuantificación de la capacidad intelectual a partir de un test de inteligencia (cociente intelectual) y del desempeño de la persona en las actividades de la vida y su adaptación al entorno, generalmente, es realizada por psicólogos. Las personas con discapacidad intelectual no suelen acudir a las consultas de los psiquiatras, salvo que presenten alteraciones en la conducta que dificulten la convivencia.

En el caso de la enfermedad mental, la valoración se realiza de acuerdo con los grandes grupos de trastornos mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados: la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud* (CIE-10), y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría* (DSM-5). Teniendo como referencia estos manuales, los grandes grupos de trastornos mentales susceptibles de valoración son: trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, disociativos y de personalidad.

Las dificultades en la valoración de la discapacidad vienen dadas por la heterogeneidad de los trastornos, tanto en la intensidad de las manifestaciones como en la evolución y el pronóstico, que es especialmente relevante en los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y, sobre todo, en los trastornos adaptativos. Los psiquiatras suelen tratar a las personas con trastornos más graves, y la evaluación de la discapacidad se realiza me-

diante instrumentos de evaluación de la funcionalidad y, sobre todo, de su juicio clínico. Los psicólogos suelen estar involucrados en el tratamiento de personas con trastornos más leves (trastornos adaptativos), utilizan menos el juicio clínico y más instrumentos de evaluación, y generalmente tienden a sobrevalorar los síntomas psicopatológicos y su repercusión, lo que los hace más sensibles a las habituales demandas de incapacidad planteadas por las personas que los sufren.

La dependencia se entiende como una situación en la que la persona ve limitada su autonomía personal y necesita ayuda para llevar a cabo alguna de sus actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene, descanso, eliminación o movilidad funcional). La dependencia y sus distintos grados están regulados por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, que establece tres grados de dependencia:

- Grado I o dependencia moderada. Explica que este tipo de dependencia se determina cuando es necesaria ayuda para alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), o la autonomía personal está limitada y precisa de ayuda en algunas ocasiones.
- Grado II o dependencia severa. Este tipo de dependencia se manifiesta cuando es necesaria ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD) más de una vez al día, pero no es necesario un cuidador permanente.
- Grado III o gran dependencia. Esta dependencia más acusada se describe cuando se manifiesta una pérdida total de la autonomía personal (sea física, mental, intelectual o sensorial), y por ello es preciso un cuidador permanente para que dé soporte a las necesidades individuales.

El instrumento establecido para la valoración de los distintos grados de dependencia es la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* (CIF). Los equipos de valoración de la dependencia son equipos multidisciplinares configurados por terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales cuya competencia

es aplicar el baremo de valoración que determina el grado y nivel de dependencia, así como emitir o elaborar el informe social.

Bibliografía

— American Psychiatric Association. DSM-5, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
— Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (España). Valoración de las situaciones de minusvalía. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.
— Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación: CIE-10: CDI-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
— Vázquez-Barquero J Luis, Bilbao A. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001.

2. ¿Las clasificaciones oficiales son válidas para determinar la competencia para cualquier actividad? En el caso del certificado de discapacidad, ¿los niveles del 33 y del 65 % pueden considerarse, en todo caso, indicadores fiables para cualquier tipo de competencia?

No. De hecho, en el caso de los trastornos mentales, aunque una persona presente un trastorno mental diagnosticable según las clasificaciones internacionales de enfermedad mental, si este no supone disminución de su capacidad funcional, la valoración de minusvalía será del 0 %.

El baremo de discapacidad establece que la discapacidad abarca entre el 25 %, nivel en el que no hay interferencia con las actividades

de la persona, y el 59 %, nivel en el que la interferencia con las actividades es notable. En el caso de la actividad laboral, las personas con puntuaciones cercanas al extremo inferior del intervalo (25 %) se entiende que son capaces de desarrollar una actividad laboral normalizada en un puesto de trabajo adaptado o en un centro especial de empleo, y las personas en el extremo superior del intervalo (59 %) solo podrían realizar tareas ocupacionales con supervisión mínima en centros ocupacionales. El rango entre 33 y 65 % incluye personas con niveles de capacidad laboral diferentes: desde los que tienen una discapacidad alrededor del 33 %, que solo necesitan una pequeña supervisión laboral, a los tienen discapacidad grave (mayor del 60 %), que no pueden mantener una actividad laboral normalizada y que, incluso con supervisión importante en centros o actividades ocupacionales, tienen un rendimiento pobre o irregular.

En algunos trastornos graves, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, la capacidad laboral varía en función del estadio en que se encuentren, disminuyendo de forma dramática en momentos de descompensación aguda de la enfermedad (crisis o brotes), en los que incluso pueden necesitar estar ingresados. La capacidad puede recuperarse parcial o totalmente en los periodos en los que no hay crisis agudas.

En algunos trastornos, sobre todo la esquizofrenia, aunque la persona tenga capacidad, entendida como los conocimientos y habilidades necesarias para realizar determinadas tareas, tiene una merma importante en la competencia (ejecución de una tarea cumpliendo determinados estándares) debido a que la enfermedad afecta a la motivación y la capacidad de planificar.

Bibliografía

— Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (España). Valoración de las situaciones de minusvalía. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. 2003.

3. Partiendo del tenor literal del artículo 25.1 del Código Penal, en su redacción dada por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, que define la discapacidad como 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, ¿a qué concretas barreras se refiere desde el punto de vista médico?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea un modelo de discapacidad, válido para cualquier tipo de enfermedad, según el cual un daño o lesión existente en una estructura o función corporal produce limitaciones en la capacidad para realizar actividades, las tareas necesarias para la supervivencia (lo que la OMS denomina «actividad») o para involucrarse en situaciones vitales sociales (área denominada «participación»).

En el caso de la enfermedad mental, un daño en la estructura o función cerebral compromete la «actividad» y/o la «participación» de la persona que lo sufre produciendo:

- Limitaciones en la «actividad»: ineficiencia para realizar las actividades cotidianas (las actividades de la vida diaria básicas como el aseo, la alimentación, el vestido… o instrumentales como el cuidado de otros, uso de los medios de comunicación, cuidado de la salud…), que determina incapacidad para enfrentarse al propio cuidado.
- Limitaciones en la «participación»: dificultad para reconocer y expresar adecuadamente los sentimientos, percibir adecuadamente el entorno o relacionarse adecuadamente con los demás; que se traduce en problemas para involucrarse o afrontar actividades sociales, familiares o laborales.

El citado modelo de discapacidad de la OMS entiende las barreras como los factores del ambiente en el que se mueven las personas; factores que son contextuales y que, de estar presentes, hacen aparecer o agravan la discapacidad. Estos factores se organizan contemplando dos niveles:

- Individual: contexto/entorno inmediato a la persona que incluye el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel, las barreras son las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que el individuo tiene que enfrentarse (contacto directo con otras personas como familia, amigos, compañeros o desconocidos).
- Social: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o cultura, que tienen un efecto en los individuos. En este caso las barreras son las derivadas de las condiciones del entorno laboral, de los medios de comunicación o transporte, del sistema educativo, y de las leyes, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Existen barreras fundamentadas en el desconocimiento y los estereotipos asociados a la enfermedad mental, que pueden llevar a una exigencia excesiva para la capacidad de la persona que se puede dar en la familia, la escuela, el trabajo o, incluso, llevar a la exclusión social. Una vez en el sistema penal la situación de los enfermos mentales con discapacidad es especialmente vulnerable: por sus limitaciones y por el estigma asociado a la enfermedad mental.

Bibliografía

— Vázquez-Barquero J.L., Bilbao A. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

4. ¿Todo trastorno mental recogido en las clasificaciones internacionales puede ocasionar incapacidad laboral? ¿Cuáles son los requerimientos?

En principio, se podría decir que ningún diagnóstico psiquiátrico por sí solo sería suficiente para determinar incapacidad laboral. Aunque una persona presente un trastorno mental diagnosticable según las clasificaciones internacionales de enfermedad mental, si este no supone disminución de su capacidad funcional, no tiene por qué producir incapacidad laboral. Esta debe determinarse caso por caso evaluando las limitaciones en la «actividad» y «participación», y los factores ambientales y personales.

Existe un grupo de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y otros trastornos delirantes, los trastornos afectivos (trastorno bipolar, depresión recurrente…), los trastornos de ansiedad grave (trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia…), en los que la capacidad laboral se ve notablemente afectada por la alteración en el funcionamiento psíquico. La afectación puede ser transitoria, apareciendo solo en los episodios de descompensación aguda de la enfermedad (brotes o crisis); o permanente, cuando la enfermedad se hace crónica, produce secuelas y afecta a muchas esferas personales. En estos casos, la incapacidad laboral se determinaría explorando el deterioro en las funciones que influyen en la capacidad laboral y que pueden ser objetivadas: funciones físicas (sueño, alimentación, cansancio), capacidad de juicio y discernimiento, o determinadas funciones cognitivas (atención, capacidad de planificación).

Existe otro gran grupo de trastornos mentales: trastornos de ansiedad leves, trastornos de adaptación… En los que la incapacidad laboral no viene determinada tanto por el daño o trastorno psíquico, sino por factores contextuales ambientales o personales. Suele haber una falta de ajuste entre las expectativas o capacidades personales del trabajador y la realidad del trabajo, y una falta de posibilidades o interés de la persona para adaptarse a un entorno laboral que percibe como incómodo, injusto… Aquí, la incapacidad laboral viene dada no por la presencia de síntomas patológicos como los delirios, alucinaciones o

deterioro cognitivo, sino por la intensidad exagerada de síntomas que son comunes en la vida cotidiana (ansiedad, frustración, ira…) y que el trabajador percibe como excesivos e incapacitantes. Estos síntomas son difícilmente objetivables y cuantificables, no suelen encajar en los criterios de las clasificaciones de enfermedad, son menos persistentes y solo afectan a algunas áreas de la persona.

5. En los accidentes laborales, ¿se puede ocasionar un trastorno por estrés postraumático (TEPT)? ¿Se puede medir?

Sí, pero no en todos. Se puede producir en accidentes graves que supongan una exposición a la muerte o lesión grave, bien por experiencia directa o por presencia directa del suceso ocurrido a otros.

No hay parámetros objetivos que permitan cuantificar la intensidad del estrés postraumático; la evaluación de su presencia y la intensidad depende de la información aportada por el paciente, que puede ser obtenida a partir de la entrevista clínica o de cuestionarios de evaluación (test).

Existen cuestionarios que son cumplimentados por el propio paciente (autoadministrados), que contesta a las preguntas de forma autónoma, como ejemplo la escala EGEP (*Evaluación Global del Estrés Postraumático*) [5]. También existen otros que tienen que ser administrados por un psiquiatra (heteroadministrados) como la *Clinician Administered* PTSD Scale (CAPS), que sirve tanto para la evaluación del diagnóstico de TEPT como para cuantificar la gravedad de los síntomas (CAPS-2) del TEPT.

Bibliografía

— American Psychiatric Association. DSM-5, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
— Crespo M, Gómez M, Soberón C. EGEP-5 Evaluación Global del Estrés Postraumático. Madrid: TEA Ediciones; 2017.

6. ¿Acoso laboral y *mobbing* son sinónimos? ¿Pueden producir sintomatología psíquica y secuelas en su caso?

El acoso laboral o acoso moral en el trabajo, conocido comúnmente a través del término inglés *mobbing* (asediar, acosar, acorralar en grupo), es una palabra polisémica que se refiere tanto a la acción de un hostigador o varios hostigadores conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador afectado hacia su trabajo, como al efecto o la enfermedad que produce en el trabajador.

El acoso laboral es un acontecimiento causante de tensión emocional (estresante) y como tal puede producir en quien lo sufre una respuesta que en ocasiones puede ser patológica (trastorno adaptativo). La respuesta psicológica al acoso tiene dos componentes:

- Disfunción emocional: con síntomas de ansiedad (irritabilidad, taquicardia, tensión muscular…) y depresión (pensamientos pesimistas, disminución de actividad física).
- Agotamiento o uso inadecuado de las «estrategias de afrontamiento», entendidas como los esfuerzos que tiene que hacer la persona para hacer frente a los conflictos que nos plantea nuestra situación vital. Situación que puede derivar en conductas inadecuadas (uso de alcohol, autolesiones, agresividad…).

7. ¿En qué consiste la sintomatología del síndrome de *burnout*? ¿Puede producir incapacidad laboral?

El síndrome de *burnout*, también denominado síndrome de desgaste profesional o síndrome del trabajador quemado, consiste en la evolución de la tensión emocional derivada de una situación laboral percibida como estresante (trabajos con gran responsabilidad o con alto contacto con personas), desmotivadora (ambiente laboral sin cambios durante mucho tiempo), incómoda (mal clima laboral) o injusta (escaso salario) hacia un estado de estrés crónico.

Se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una importante falta de motivación por las tareas realizadas y, en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen.

Los síntomas del síndrome de desgaste profesional se han categorizado en cuatro grupos, que se desarrollan de forma progresiva:

- Síntomas psicosomáticos: cefaleas, molestias gastrointestinales, insomnio.
- Síntomas conductuales: problemas relacionales, absentismo laboral.
- Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo, ansiedad y disminución del rendimiento laboral.
- Síntomas defensivos: negación de los síntomas anteriores y desplazamiento de los sentimientos hacia otros ámbitos.

No hay justificación objetiva de incapacidad, ya que no suele afectar a otras áreas de la vida del trabajador, no afectando a su capacidad para llevar una vida autónoma, y la posible limitación en la actividad laboral o la relación con las personas del entorno laboral no depende de un problema derivado de la enfermedad mental. Podría producir incapacidad si la persona desarrolla un trastorno psiquiátrico definido (por ejemplo, trastorno depresivo) asociado a la situación de *burnout*. En cualquier caso, resulta difícil considerar como incapacitante una situación que, en ocasiones, se resolvería con cambios en el ambiente laboral.

8. ¿Todas las enfermedades mentales pueden incidir en la actividad laboral del trabajador o algunas de forma más intensa que otras?

Todas las enfermedades mentales pueden influir en la actividad laboral de una persona, pero algunas más que otras; y, dentro de la misma enfermedad, en algunos momentos de la evolución más que en otros.

Los trastornos mentales afectan en distinto grado al funcionamiento psíquico e interfieren con los procesos mentales necesarios para realizar

las tareas propias de determinados trabajos: capacidad de planificación, falta de atención, aplanamiento afectivo, falta de interés y motivación, y alteraciones del movimiento. Los trastornos mentales graves (demencias, psicosis, trastornos depresivos y de ansiedad graves) presentan más interferencia en los procesos mentales por afectación más intensa y continuada de más áreas del funcionamiento psíquico.

Hay trastornos mentales que evolucionan episódicamente. Los trastornos psicóticos y los trastornos depresivos o ansiosos graves (trastorno de pánico con agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo), pueden producir incapacidad laboral total en los periodos de descompensación de la enfermedad (brotes o crisis), debido a que los pensamientos patológicos interfieren de forma grave con el pensamiento normal, pero la capacidad laboral puede mejorar o normalizarse en los periodos de estabilidad psicopatológica.

9. Concretamente, ¿los trastornos de personalidad pueden ocasionar algún tipo de incapacidad laboral?

Los trastornos de la personalidad, como categoría diagnóstica general, no deben considerarse causa de incapacidad laboral, ya que no interfieren con la autonomía, con las capacidades cognitivas o con la autonomía de las personas.

No obstante, existen casos graves en que los rasgos de personalidad patológicos pueden hacer que la persona presente alteraciones de conducta o malestar emocional intenso, que pueden producir reacciones emocionales muy disfuncionales o conductas que puedan poner en riesgo a la propia persona o a su entorno, por ejemplo, por agresividad o intencionalidad suicida. En esos casos podría plantearse la incapacidad laboral transitoriamente.

Otro factor que considerar es que las personas con determinados trastornos de personalidad grave (sobre todo trastorno por inestabilidad emocional) suelen tomar a lo largo de su vida gran cantidad de psicofármacos y también tienen más tendencia al consumo de drogas

y alcohol; circunstancias que también deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la capacidad laboral.

10. ¿Puede haber periodos en los que se manifieste la enfermedad mental en el desarrollo de la actividad laboral y otros en los que no tenga incidencia alguna?

Sí, por dos motivos:

- Hay enfermedades que son episódicas. El ejemplo más claro sería el trastorno bipolar en el que existen episodios patológicos de depresión y euforia que pueden afectar a la capacidad laboral, y periodos de ánimo normal en los que la capacidad laboral no está menoscabada.
- Hay personas vulnerables a las situaciones de tensión (personalidades inestables o personalidades ansiosas), que son capaces de soportar la actividad laboral normal, pero desarrollan trastornos (reacciones a estrés, trastornos adaptativos) cuando las condiciones laborales suponen una tensión emocional excesiva para su capacidad de sobrellevar las condiciones de la vida (capacidad de afrontamiento).

11. ¿Una enfermedad mental puede justificar una conducta del trabajador que constituya una falta,— por ejemplo una agresión a un compañero, insultos al empresario…—? En ese caso, ¿no habría culpabilidad del trabajador?

Existen enfermedades mentales en las que la voluntad y la capacidad de discernimiento de la persona se encuentra mermada debido

a percepciones anómalas (por ejemplo, voces que les dicen lo que tienen que hacer), interpretaciones delirantes de la realidad o ausencia de control de los impulsos. En general estas situaciones se dan en enfermedades muy graves (trastornos psicóticos) sin tratamiento o, también, en situaciones de intoxicación por drogas. En estas situaciones la culpabilidad sería cuestionable.

Hay otros trastornos mentales (reacciones a situaciones de estrés, trastornos de adaptación o trastornos de personalidad). En estos casos la persona es consciente de la situación y su capacidad de discernimiento está intacta, por lo que sería difícil justificar la ausencia de culpabilidad.

12. ¿Una enfermedad mental puede originar conductas en la actividad laboral del trabajador que pongan en riesgo su propia vida, la de otros trabajadores o la de personas ajenas a la empresa, por ejemplo, una conducción temeraria de un conductor de un vehículo de transporte público aquejado por una enfermedad mental?

Sí. Personas con trastornos psicóticos como la esquizofrenia, en periodos de descompensación, que generalmente son consecuencia de la ausencia de tratamiento adecuado, pueden tener percepciones o ideas patológicas (alucinaciones o delirios) que las lleven a cometer voluntariamente actos que comprometan la seguridad propia o ajena.

Lo mismo puede suceder en el caso de personas con trastornos depresivos graves con ideas de suicidio que deciden acabar con la propia vida y que en ocasiones, previamente, acaban con la vida de otras personas de su entorno (suicidio ampliado).

Las personas con intoxicación de drogas o alcohol también pueden incurrir en conductas peligrosas, aunque en estos casos no

suele estar presente la voluntariedad y la planificación de los casos anteriores.

13. ¿SERÍA NECESARIO QUE EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES SE TUVIERA EN CUENTA LA POSIBLE EXISTENCIA EN ALGUNOS TRABAJADORES DE ENFERMEDADES MENTALES, ESPECIALMENTE EN AQUELLAS PROFESIONES QUE IMPLICAN UN RIESGO PARA LA SALUD O LA VIDA DEL PROPIO TRABAJADOR, DE OTROS TRABAJADORES DE LA EMPRESA O DE TERCERAS PERSONAS, COMO SON TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS, TRABAJOS EN ALTURA, MANEJO DE GRÚAS, ETCÉTERA?

Algunas enfermedades mentales, sobre todo los trastornos mentales graves, pueden presentar conductas de riesgo en casos de descompensación. Los trastornos neurodegenerativos y las psicosis producen, a lo largo de su evolución, deterioro en las capacidades cognitivas que puede producir un aumento de riesgo en determinados trabajos. En el caso de las psicosis, el riesgo también se da en casos de descompensación aguda de la enfermedad.

Además, en la mayoría de los trastornos mentales graves, las personas necesitan tomar fármacos de forma continua, y esos fármacos pueden afectar a la motricidad y a las capacidades cognitivas.

De hecho, en determinadas profesiones de riesgo existe un cuadro médico de exclusiones que limitan el acceso a las mismas. Por ejemplo, en las condiciones de acceso a las fuerzas de orden público, el cuadro médico de exclusiones incluye, dentro del capítulo de enfermedades y trastornos neurológicos y psiquiátricos, los siguientes trastornos: psicosis de base somática conocida y psicosis reactivas; las llamadas psicosis endógenas de evolución crónica o recidivante; psiconeurosis de sintomatología evidente, acentuada y evolución cróni-

ca; reacciones psíquicas patológicas o desadaptativas para el servicio y trastornos de la personalidad; demencias, trastornos cognoscitivos y otros síndromes psicoorgánicos, consumo de sustancias psicotrópicas o drogas o abuso de alcohol.

Bibliografía

— Ministerio de la Presidencia. Orden de 9 abril de 1996 por la que se aprueban las bases y circunstancias aplicables a los procesos selectivos para ingreso en los centros docentes militares de formación para acceso a la Escala Básica de Cabos y Guardias de la Guardia Civil. BOE 1996;92.

14. ¿Puede el trabajo agravar una enfermedad mental preexistente?

El trabajo, en general, es una situación vital protectora que, en caso de adaptarse a las capacidades de la persona, incluso mejora el pronóstico de los trastornos mentales graves.

No obstante, la situación laboral es un factor contextual externo a la persona que en el caso de que produzca tensión emocional puede convertirse en desencadenante de trastornos mentales relacionados con estrés o empeorar otros trastornos mentales preexistentes. Además, existen circunstancias laborales especiales como la turnicidad que podrían empeorar la evolución de algunos trastornos mentales por alterar los ritmos circadianos.

Bibliografía

— Nogareda Cuixart S. El trabajo a turnos y nocturno como agravante de la exposición a los riesgos laborales 2012.

15. En caso de responder afirmativamente a la anterior pregunta, ¿sería preciso incluir determinadas enfermedades mentales en la lista de enfermedades profesionales contemplada en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, modificado el 19 de diciembre de 2015?

Hay que tener en cuenta que la Declaración para el Diálogo Social, suscrita en julio de 2004 por el Gobierno, las organizaciones sindicales y las organizaciones empresariales estableció el marco general de prioridades en el ámbito sociolaboral, dentro de las cuales se presta especial atención al sistema de Seguridad Social.

Tras un amplio proceso de diálogo, las partes firmantes de la declaración indicada suscribieron el día 13 de julio de 2006 un acuerdo sobre medidas en materia de seguridad social, entre las cuales se incluye la aprobación de una nueva lista de enfermedades profesionales que, siguiendo la Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, adecue la lista vigente a la realidad productiva actual, así como a los nuevos procesos productivos y de organización. Asimismo, se acordó modificar el sistema de notificación y registro, con la finalidad de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades.

Si entendemos la enfermedad profesional como «la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado (…) por la acción de elementos o sustancias (…)», y adoptando una actitud restrictiva que considere la enfermedad profesional como la producida por elementos físicos o sustancias químicas, el trabajo solo sería causa de enfermedad mental en el caso de algunas demencias contraídas por la exposición a determinadas sustancias. En otras enfermedades mentales no hay datos que demuestren una causa única física o química.

No obstante existen situaciones emocionales relacionadas con el trabajo que pueden asimilarse al concepto de enfermedad profesional. Debería considerarse enfermedad profesional el trastorno por estrés postraumático o la reacción a estrés agudo cuando, como señala la Organización Internacional del Trabajo, se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo/s trastornos/s mental/es o del comportamiento contraído por el trabajador.

En el caso de los trastornos adaptativos la situación es más dudosa, ya que resulta más difícil determinar el elemento causante del malestar y la causalidad, al tratarse de problemas complejos en los que entran, además de la situación laboral, elementos personales (capacidad de afrontamiento, intereses…).

Bibliografía

— Oficina Internacional del Trabajo. Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork) n.d. http://www.ilo.org/safework.

16. ¿La enfermedad mental puede suponer un factor de exclusión o discriminación en el empleo?

Sin lugar a duda. Una enfermedad mental grave como la psicosis condena a quien la sufre a la casi segura exclusión laboral. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las personas con trastorno mental tienen una tasa de actividad (población activa/población en edad laboral) del 30,4 % y una tasa de empleo del 15,9 %. En ambos casos las cifras están entre las más bajas de los grupos de discapacidad, solo por delante de la discapacidad intelectual.

Según Confederación Salud Mental España, a pesar de que un problema psiquiátrico no tiene por qué ser, de por sí, un impedimento para obtener un empleo, la baja inserción laboral de las personas con problemas de salud mental es una de las principales barreras para su integración social y su recuperación, fruto en gran medida de los prejuicios de muchos empresarios y administraciones públicas.

La enfermedad mental ha sido siempre un tema difícil de enfrentar en el mundo del trabajo a causa del estigma y de los temores asociados.

Las dificultades laborales no están restringidas a las personas con trastornos mentales graves, sino también a los denominados «trastornos mentales comunes» como la depresión, la ansiedad o el estrés por el trabajo. En promedio, alrededor del 20 por ciento de la población en edad de trabajar en un país de la OCDE sufre de un trastorno mental en algún momento dado, lo que el riesgo de experimentar una enfermedad mental durante una carrera profesional es alto para todos.

Identificar los trastornos mentales como la depresión y ofrecer un apoyo precoz es fundamental. Pero es también uno de los pasos más difíciles, porque la enfermedad mental con frecuencia es ocultada y porque las causas pueden ser diversas: problemas personales en el hogar, traumas infantiles o estrés relacionado con el trabajo. Además, el temor a ser rechazados o estigmatizados por la empresa o los colegas hace que sea muy difícil para estas personas hablar sobre el problema con sus superiores.

17. ¿Cómo se puede facilitar la integración en el empleo, en condiciones de igualdad con los demás trabajadores, de un trabajador que padece una enfermedad mental que se ha manifestado y cuya existencia es conocida en el ámbito del trabajo?

Identificar los trastornos mentales, como la depresión o la ansiedad, y ofrecer un apoyo precoz es fundamental. Con una formación

adecuada y una mayor concienciación, los mandos de las empresas pueden desempeñar un papel clave en la gestión de las cuestiones de sanidad mental en el trabajo.

Al identificar los síntomas precoces de la enfermedad mental, pueden entablar un diálogo con los miembros del personal afectados, aun antes de que ellos hablen abiertamente de su enfermedad, garantizando al trabajador la confidencialidad y ajustando su tiempo de trabajo o ambiente de trabajo cuando sea posible. Es importante la supervisión sistemática de los comportamientos en materia de licencia por enfermedad y un acompañamiento para el regreso al trabajo.

También es importante que las empresas tengan acceso a información sobre los problemas de enfermedad mental en el trabajo.

18. ¿Una enfermedad mental puede incapacitar al trabajador para el desarrollo de su profesión habitual, por ejemplo, si esta le genera estrés o ansiedad, permitiéndole realizar otra diferente? En ese caso la Dirección Provincial del INSS tendría que reconocerlo en situación de incapacidad permanente total.

Sí. Pongamos el caso de una persona que se dedica al transporte por carretera o al manejo de maquinaria peligrosa y desarrolla un trastorno de pánico con agorafobia que precisa crónicamente de tratamiento con fármacos incompatibles con la conducción de vehículos. En este caso la persona no puede realizar su trabajo habitual (por los síntomas de la enfermedad, por los fármacos necesarios para el tratamiento o por ambas cosas), pero no estaría incapacitado para realizar otros trabajos en un ambiente más seguro. La incapacidad permanente total parece la figura más adecuada para este tipo de casos.

19. ¿Una enfermedad mental puede incapacitar al trabajador para toda profesión u oficio, por ejemplo una depresión mayor, una esquizofrenia…?

Sí. Una enfermedad crónica e incapacitante como la esquizofrenia es probable que, a medio plazo, limite gravemente la capacidad laboral de un alto porcentaje de las personas que la sufren, incapacitándolas para el desempeño de cualquier trabajo normalizado. La evolución natural de la enfermedad lleva a la mayor parte de las personas que sufren este trastorno mental a tener dificultades graves en los afectos (dificultad para el reconocimiento y expresión de las emociones), en la cognición (capacidades intelectuales), en la voluntad y en las relaciones sociales. Todo ello hace difícil la asunción de las responsabilidades asociadas a un trabajo normalizado.

En el caso de los trastornos depresivos, la situación es diferente. En el caso del trastorno depresivo mayor los episodios tienen distintos niveles de gravedad (leve, moderado y grave) y cursos evolutivos que van desde episodios depresivos transitorios que remiten, permitiendo a los pacientes la vuelta a la normalidad (remisión total), hasta cuadros clínicos en los que los síntomas depresivos persisten parcial (remisión parcial) o completamente. Por tanto, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor no debe implicar una incapacidad absoluta permanente. Esta situación solo se justifica en algunos casos de intensidad grave o curso crónico.

E

Daño Psíquico

Juan Manuel Fernández Martínez[1];
Lucas Giner Jiménez[2]; Carlos Luis Lledó González[3];
María Núñez Bolaños[4]

1. Desde un punto de vista victimológico, ¿consideran correcta, en líneas generales, la evaluación que se hace en la práctica forense de las lesiones psíquicas y de los daños emocionales en quienes han sufrido algún delito violento?

La evaluación depende del profesional que las examina, por lo que decir en general si es correcta o no dependerá de cada caso

Puesto que no existe un baremo específico para las situaciones de victimización criminal, desde 2007 la jurisprudencia reconoce como instrumento de referencia el baremo de responsabilidad civil de vehículos a motor (Ley 21/2007, de 11 de julio modificada en la

[1] Magistrado. Audiencia Provincial de Navarra. Vocal del Consejo General del Poder Judicial. Presidente del Foro Justicia y Discapacidad del CGPJ.
[2] Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.
[3] Magistrado. Audiencia Provincial de Sevilla.
[4] Magistrada. Juzgado de Instrucción nº 6. Sevilla.

actualidad por le Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación) Se da la circunstancia de que en esta guía las consecuencias de las lesiones desde una perspectiva psíquica están en desigualdad de condiciones con las secuelas físicas *(o no considera con la misma relevancia las secuelas físicas y psíquicas)*. Además, la terminología incluida en el baremo actual está desfasada respecto de la nomenclatura utilizada en las clasificaciones internacionales de referencia (DSM y CIE). Por todo esto, puede concluirse que en líneas generales, las pautas en las que se basa el profesional priman las lesiones físicas en detrimento del reconocimiento de las psíquicas.

Bibliografía

— Guija J.A., Medina A, Giner L, Lledó C, Marín A, Arechederra JJ, et al. Un nuevo método de valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2015; 8 (4): 245-50.

2. Como complemento a lo anterior, ¿resultan adecuados los baremos que se usan por analogía (baremos de tráfico) para medir el daño psíquico en una víctima?

Los citados baremos de tráfico se crearon con una finalidad específica y en la actualidad tienen más aplicaciones por su uso extendido y por comodidad en aras de analizar objetivamente las lesiones para en lo posible la subjetividad del examinador. Dicho esto consideramos que la valoración del daño psíquico podría baremarse con la misma objetividad si los criterios de análisis del baremo contemplaran el impacto del daño psíquico con la misma relevancia que el de las lesiones físicas, cosa que no ocurre en la actualidad. Así, difícilmente se puede

defender que situaciones como la imposibilidad real de salir de casa o interactuar con otras personas debido a una patología psíquica afecte más a unas personas que a otras en una situación similar cuyo origen es otro, por ejemplo. Por poner otro ejemplo, es como si en caso de homicidio se viera un agravante según el arma utilizada fuera un arma de fuego o un arma blanca.

Bibliografía

— Guija J.A., Giner L, Medina A, Giner J. ¿Es necesario un baremo de secuelas psíquicas postraumáticas? Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2018; 11 (2): 63-5.

3. ¿Qué conexiones y diferencias podrían establecerse entre sufrimiento, daño moral y daño psíquico?

El sufrimiento es un sentimiento normal que tiene el ser humano en respuesta a situaciones adversas. No es patológico en sí, al igual que ocurre con la tristeza, la alegría o el nerviosismo. No obstante, este sentimiento puede ser también un síntoma de una enfermedad, ya sea física o psíquica. En este caso, por jerarquía, habría que remitirse a la enfermedad que está provocando el sufrimiento para hacer una valoración completa. Con respecto a la aparición de un sufrimiento por acción u omisión de alguien, es importante valorar si este sufrimiento es parte de un daño psíquico, es decir, una enfermedad provocada o empeorada por este acto o es únicamente una respuesta ante la situación adversa provocada. Sería la diferencia entre una dificultad de sueño producida como consecuencia de ruido en un local nocturno o un insomnio crónico provocado por el mismo hecho; en uno es una respuesta y en otro se configura ya una enfermedad, que tiene una evolución y otras manifestaciones, no solo la de un síntoma.

Por otro lado, el daño moral incluiría las consecuencias negativas sociales que trae consigo una agresión (entendida en el amplio sentido). Estaría más asociado a la humillación o al atentado que se hace al honor de una persona ante el resto de la comunidad. Por último, el daño psíquico está supeditado a la aparición de una lesión-enfermedad o a la descompensación de un trastorno previo en el psiquismo de la persona como consecuencia de un acto. Esto quiere decir que requiere un diagnóstico, un tratamiento, una evolución y un pronóstico. Este daño psíquico tendrá una influencia en la vida del sujeto.

4. Partiendo de que toda persona tiene un patrimonio biológico de integridad física y salud, ¿el daño psíquico es objetivable y baremable científicamente como lo es el daño físico?

El método por el que se llega a un diagnóstico, condición *sine qua non* para la valoración del daño, se basa en poder aprehender los síntomas y signos que constituyen la enfermedad. Así, los signos son señales objetivas y los síntomas serían subjetivas.

En psiquiatría, como en el resto de especialidades médicas, el facultativo se encarga de recoger y analizar estos signos y síntomas. Aunque existen pruebas objetivas como un electrocardiograma, una radiografía o una analítica, son su lectura y la interpretación de cada caso por parte del médico los que permiten identificar los signos y los síntomas y llegar a un diagnóstico. Con esto queremos poner de relieve que en todas las especialidades hay un componente de subjetividad a la hora de valorar los signos y los síntomas. Y en el caso concreto de la psiquiatría, la mayoría de los diagnósticos se basan en síntomas (los que aporta el paciente y los que encontramos en el entorno). Los baremos ayudan a valorar la intensidad del cuadro de acuerdo con la influencia que estos

tienen en la vida diaria del paciente. Por tanto, en psiquiatría, la intensidad de la patología también es mesurable al igual que en el daño físico.

5. ¿Hay espacio para el daño psíquico fuera de las categorías internacionalmente aceptadas CIE-10 y DSM-5?

Tanto el daño psíquico como el daño físico se basan en la presencia de enfermedades o lesiones provocadas o exacerbadas por un acontecimiento. Para poder ser evaluadas de forma similar en todos los casos, requieren tener como referencia un marco común, esto es, las clasificaciones internacionales de las enfermedades. En psiquiatría se usan dos clasificaciones, una promovida por la Organización Mundial de la Salud (CIE) y otra por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM). Ambas clasificaciones son similares y tratan de recoger todas aquellas situaciones psíquicas consideradas patológicas. No significa que las situaciones psíquicas que no se encuentran en estas clasificaciones no sean enfermedades, sino que no se consideran en el momento de su publicación, que la comunidad científica no lo ha considerado así, al menos por el momento. La medicina no es una ciencia estática, sino dinámica en cuanto al descubrimiento de nuevas enfermedades o ubicaciones nosológicas, que trata de ir incorporando y clasificando según origen, especialidad o síntomas más prevalentes. En psiquiatría, el contexto cultural es muy importante; por ello, cambios sociales y culturales pueden promover que algunas situaciones clasificadas como patológicas no lo sean en otro momento. De forma parecida a como en derecho aparecen delitos nuevos y no se consideran como tales acciones que lo fueron en un momento determinado y no lo son según la ley vigente. En resumen, con idea de que la aplicación de la baremación del daño psíquico sea aplicada de forma parecida en todos los casos, debe basarse en la clasificación de enfermedades descritas en La CIE o el DSM, en la edición vigente en ese momento.

6. Diagnosticada una concreta patología psíquica y establecida su relación causal con el hecho delictivo, ¿será exclusivamente el número y la intensidad de los criterios diagnósticos lo que determine su gravedad? ¿Qué incidencia puede tener la resiliencia de la víctima?

La gravedad de un trastorno mental viene indicada por varios parámetros. Inicialmente, se basa en datos epidemiológicos relacionados con la enfermedad: evolución y pronóstico general. No es lo mismo, en cuanto a gravedad, el diagnóstico de cáncer de colon que el de una faringitis. Sin embargo, la evolución de uno y de otro también pueden reconducir la gravedad del diagnóstico inicial. Así, el cáncer de colon puede remitir y producirse una curación, y la faringitis complicarse y terminar con la vida del paciente. En psiquiatría ocurre igual: hay patologías que, a priori, pueden ser de menor enjundia, pero cuya evolución puede comprometer la calidad de vida o incluso favorecer la muerte (suicidio) del sujeto que la padece. Por tanto, cada enfermedad debe contextualizarse en la persona que la padece para poder evaluar su gravedad. Entonces, ¿depende de la intensidad o del número de síntomas? De ambos factores y de ninguno. Dependerá de cómo afecte a la vida y al entorno del paciente; esto es lo que determina la gravedad. Un solo síntoma con una intensidad muy severa puede repercutir de forma decisiva en la vida del paciente. Sirva de ejemplo un trastorno de ansiedad generalizada, patología en la que el síntoma central es la ansiedad. En estos pacientes, la ansiedad puede afectar más o menos a su vida o ser el eje de ella. En ambos casos, la gravedad intrínseca de la enfermedad es la misma, pero la gravedad en cada sujeto será completamente diferente según la repercusión que tiene en su vida. Es posible que en otro supuesto, el número de síntomas pueda favorecer una mayor gravedad, pero, como en el caso anterior, será por la afectación que tenga en la vida diaria del sujeto. Por todo esto, en las clasificaciones internacionales (CIE y DSM),

se exige un número de *ítems* (síntomas y situaciones clínicas) para poder hacer el diagnóstico, y la gravedad viene determinada por la afectación que estos tienen en un sujeto concreto. Lógicamente, la resiliencia o capacidad de adaptación de una persona ante un acontecimiento o situación adversos puede condicionar en parte la repercusión de los síntomas en su vida. Este «en parte» viene a referir que la repercusión dependerá de la naturaleza e intensidad del acontecimiento y de la resiliencia del sujeto. La resiliencia, a su vez, vendrá determinada por la personalidad, la experiencia y el estado clínico previo de la persona. No existe una fórmula exacta para saber cómo se debe responder psíquicamente ante una adversidad y nos basamos en la generalidad de las personas de un entorno similar. No será lo mismo en una cultura que en otra, ni en un país industrializado que en uno en guerra.

7. ¿Puede distinguirse en el daño psíquico, al modo que se hace en el físico, un momento de estabilización o consolidación del mismo que permita pasar del periodo de curación a la afirmación de una verdadera secuela?

Sin duda se puede decir que sí. La cuestión es determinar cuándo se producirá, ya que implica un poder predictivo que resulta imposible afirmar al 100 % en un caso concreto. Sin embargo, al igual que en las secuelas físicas, se basa en la evolución que ha tenido, la respuesta a los distintos tratamientos y la estabilización de los síntomas. En casos en que la respuesta es mala o inexistente, con tratamientos plenos en tiempo y dosis y con abordajes complementarios psicológico-farmacológicos, se puede llegar a la conclusión de que no se espera mejoría y que hay una estabilización de la enfermedad. Esto no quiere decir que no vayan a producirse oscilaciones en la sintomatología, para bien o para mal, pero la tendencia evolutiva se consideraría plana. Un ejemplo no clínico sería el fallecimiento de

un hijo, que puede modificar para siempre el afecto de unos padres y su capacidad de disfrutar del resto de su vida. Podría decirse que un acontecimiento modifica el estado afectivo y se consolida como tal; mucho más si el acontecimiento ha provocado o exacerbado un trastorno psíquico.

EPÍLOGO

El libro que tenéis en vuestras manos es la culminación, por ahora, de los presupuestos prácticos que un grupo de psiquiatras intuimos en el año 2004. En ese tiempo uno de nosotros accedió a la presidencia del Comité Español para la Prevención y Tratamiento de la Depresión (PTD), y estimando que ese tema concreto había sido ya suficientemente divulgado, convencimos al laboratorio internacional que nos sufragaba las reuniones, Ciba-Geygi —actualmente NOVARTIS— para efectuar un cambio estructural de las reuniones bianuales que manteníamos, tanto en su forma como en el fondo, en la temática y en los asistentes.

Así nació *Documentos Córdoba* (Encuentros Jurídico-Psiquiátricos) con la Cátedra de Psiquiatría de Córdoba como organizadora, con el profesor Medina y la profesora Moreno, junto a la Cátedra de Sevilla con el profesor Giner y el doctor Guija. A los cuatro nos movió la convicción de que existía una parcela de nuestro ámbito cotidiano de actuación psiquiátrica que necesitaba de una profundización, reestructuración y algo más de entendimiento con la otra parte. Esa parte

era la que recibía y valoraba nuestro trabajo pericial y con la que, a veces, nos enfrentábamos sin llegar a acuerdos: el estamento jurídico.

El mundo jurídico y el psiquiátrico no se habían encontrado nunca nada más que en los tribunales. Nuestra apuesta era poder establecer un nexo de unión para el entendimiento mutuo, armonizar el momento clave en el que coincidíamos en problemas que a ambas partes nos atañían.

Las reuniones buscaban un acercamiento a la esencia de los conceptos —única forma de evitar las duplicidades de significados y la polisemia— y esto creemos que lo hemos conseguido a base de romper muchos prejuicios por ambas partes; aclarando, minuciosamente, los conceptos básicos y depurando la terminología.

Y así comenzamos, en los años 2004 y 2006 —bajo el patronazgo del citado laboratorio, aunque en el año 2006 ya se incluyó por indicación del profesor Giner, a la sazón director del área de salud mental de Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental la presencia de la FEPSM en la organización de estas jornadas. En 2008, siendo presidente de esta fundación el profesor Baca, se firmó un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) y la FEPSM siendo los representantes de su seguimiento por parte de la Fundación el citado profesor Giner, el doctor Guija y yo mismo.

Desde el año 2004 se han celebrado 14 reuniones anuales de Encuentros Jurídico-Psiquiátricos *(Documentos Córdoba)* con sus correspondientes publicaciones de textos, primero en papel y desde el año 2013 en formato digital. Cada reunión iba seguida de la edición de un libro que contenía las ponencias de forma extensa que habían sido expuestas oralmente de forma sucinta, con el objetivo de facilitar la discusión, así como un resumen temático de las conclusiones a las que se se llegaba tras complejas discusiones. Las publicaciones referidas siempre han estado sufragadas y patrocinadas por la FEPSM y también, en algunas actividades, por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

A los textos mencionados hay que añadir la publicación en el año 2016 del libro *Psiquiatría y Ley: preguntas y respuestas* y el que aho-

ra, estamos epilogando, bajo el título de *Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas*.

A todo lo anterior hemos de añadir que por extensión de estos Encuentros Jurídico-Psiquiátricos, durante los años 2014, 2016 y 2018, en los dos días previos a la reunión anual de *Documentos Córdoba*, hemos celebrado cursos de formación para jueces, en su programa anual de docencia, con gran éxito a tenor de las evaluaciones efectuadas por el propio alumnado. Asimismo, se han llevado a cabo actividades teóricas y prácticas con la Escuela Judicial de Barcelona con los jueces en formación.

Con todo ello, creemos que el objetivo inicial ha sido ampliamente conseguido.

Queda ahora por delante el reto de hacer vinculantes estos acuerdos y seguir trabajando de manera coordinada en el abordaje de temas complejos que requieran este doble punto de vista.

J. Giner. J. Guija y A. Medina