

## EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y SU RESPONSABILIDAD JURÍDICA

## THE OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER AND THEIR LEGAL RESPONSABILITY

Juan A. Moriana<sup>1</sup>  
Javier Herruzo<sup>1</sup>

Fecha de Recepción: 16-02-2007

Fecha de Aceptación: 20-03-2007

### RESUMEN

*En este artículo se aborda el estudio de la responsabilidad jurídica e inimputabilidad de los delitos cometidos por personas diagnosticadas de trastorno obsesivo compulsivo y se analiza el primer caso en nuestro país en el que el Tribunal Supremo aplica una eximente completa a un afectado por este trastorno. En primer lugar, realizamos una introducción a los síntomas y características básicas del trastorno obsesivo compulsivo y a continuación exponemos las diferentes controversias del estudio de la responsabilidad judicial en los casos de trastornos mentales y la aplicación de eximentes. Posteriormente abordamos los hechos, evaluación y peritaje del caso presentado. En las conclusiones, analizamos las repercusiones de este precedente y otras cuestiones como las medidas de seguridad y el papel del psicólogo en el ámbito forense y algunas consideraciones que pueden facilitar la evaluación y valoración de personas con problemas de salud mental en este contexto.*

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno obsesivo compulsivo, Evaluación, Responsabilidad jurídica.

<sup>1</sup> Universidad de Córdoba, España. Facultad de Ciencias de la Educación. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Departamento de Psicología.

### **ABSTRACT**

*This article examines the legal responsibility and punishability of crimes committed by individuals who have been diagnosed with obsessive compulsive disorder. The first case analysed took place in Spain, where the Supreme Court found that the defendant, who suffered from this disorder, could not be held accountable for his actions. We provide an introduction to the symptoms and basics characteristics of obsessive compulsive disorder, then we discuss the controversy surrounding the study of legal responsibility in cases of mental disorders and findings of non-accountability. We then go on to review the facts, assessment and expert opinions of the case presented. In our conclusions, we analyse the repercussions of this precedent and other issues such as security measures and the role of psychologists in the forensic field. We also discuss certain considerations that could facilitate the assessment of mental health problems in this context.*

**KEY WORDS:** Obsessive compulsive disorder, Assessment, Legal responsibility.

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los delitos cometidos por personas diagnosticadas con trastornos mentales y las responsabilidades derivadas de sus actos han sido unas de las mayores controversias y problemáticas dentro del ámbito psicológico y psiquiátrico forense (Torre, 1999; Iglesias, 2003; Ávila, 2004).

El término imputabilidad (del latín *imputare*: atribuir) es un concepto básico en nuestro Código Penal. Para determinar la imputabilidad se requieren dos condiciones básicas, por un lado, que en el momento de la ejecución del hecho la persona disponga de un nivel adecuado de inteligencia y de discernimiento de sus actos y, por otro, que goce de la libertad de su voluntad (o de su libre albedrío) para poder escoger entre los diversos motivos de su conducta (Ortega-Monasterio, 1998). Por esta razón, la tendencia va dirigida a equiparar el término imputable con responsable, semi-imputable con responsabilidad atenuada o disminuida e inimputable con irresponsable.

Según Torre (1999) la imputabilidad es un término jurídico con una base psicológica que contempla aquellas facultades mínimas y necesarias que debe tener una persona para actuar con ese conocimiento y ser declarado culpable. Por lo tanto, la imputabilidad es una condición de la culpabilidad ya que deben existir esas facultades mínimas, entre las que se encuentran comprender el acto (facultad intelectual) y el actuar en consecuencia (facultad volitiva o voluntad). Según este autor cuando falta lo primero el sujeto es incapaz de

discernir sobre el delito (no sabe lo que hace) y no es consecuente con lo que está prohibido por la ley, y cuando falta lo segundo, no es capaz de escoger o de dirigir su conducta hacia el acto.

Nuestro Código Penal (C.P., 1995) señala en su artículo 20.1:

*“Están exentos de responsabilidad criminal:*

*1º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. ...”*

Asimismo, en apartados posteriores también se contemplan otras situaciones que eximen de la responsabilidad penal tales como la intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias, síndrome de abstinencia y dependencia, todas ellas situaciones que pueden impedir comprender la ilicitud del hecho (art. 20.2, C.P.), o sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, o tener alterada gravemente la conciencia de la realidad (art. 20.3, C.P.).

No obstante, en la práctica judicial la mayoría de eximentes practicadas corresponden a diagnósticos de esquizofrenia y otras psicosis, personas con retraso mental profundo y demencias avanzadas. En estos casos los individuos presentaban, normalmente, un notable alejamiento de la realidad y una reducción o alteración de sus capacidades volitivas y/o intelectivas.

Por otro lado, están las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal. En el artículo 21 del Código Penal (1995) se señalan como atenuantes, entre otras, *"las causas expresadas en el artículo anterior, cuando no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos, el actuar el culpable a causa de su grave adicción a sustancias o la de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebatos, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante"*.

En el caso de las atenuantes se ha contemplado un rango más amplio de diagnósticos y situaciones planteadas (no exentas de controversia), abarcando problemáticas tales como los trastornos de personalidad, consumo de sustancias, estados de ansiedad, celos, etc.

La aplicación de eximentes y atenuantes ha provocado que en la mayoría de las ocasiones se asociara de forma irremediable a éstas con un diagnóstico psicológico-psiquiátrico recogido en alguna de las principales clasificaciones internacionales. A pesar de esto, actualmente la tendencia va dirigida a determinar la repercusión que tiene el trastorno sobre la responsabilidad y sus estados y capacidades correspondientes (conciencia, volición, intelección, etc.), aplicados al momento concreto de comisión del delito o desarrollo de la acción y no a la aplicación automática del tipo de responsabilidad según el diagnóstico (STS, 1992; Leal, 2004). Por esta razón, no podemos considerar que cualquier persona diagnosticada de alguna psicosis, por ejemplo, esté directamente exenta

de responsabilidad de sus actos por el mero hecho de haber sido diagnosticada con este trastorno. Tendremos que estudiar si en el momento de la acción el sujeto, en ese preciso momento, estaba sufriendo una descompensación, brote o crisis psicótica que implicara un alejamiento o distorsión de la realidad o una alteración de sus capacidades volitivas o de su comprensión de la ilicitud del acto delictivo. Sin embargo, existen muchas personas que sufren este tipo de trastorno y que en la mayor parte del curso de su enfermedad no tienen ninguna o pocas de las alteraciones descritas anteriormente.

Torre (1999) estudia los once trastornos mentales que tienen mayor incidencia en la literatura jurisprudencial (psicosis, trastorno delirante, drogadicción, trastornos de la personalidad, psicopatía, trastorno mental transitorio, retraso mental, depresión, juego patológico, epilepsia y demencia senil), los efectos que tienen estas alteraciones en la redacción de nuestro Código Penal y los criterios jurisprudenciales que determinan a un sujeto como responsable o no de sus acciones. En esta línea, el autor afirma que la doctrina del Tribunal Supremo no es constante en el momento de decidir cuándo un sujeto es imputable o no del delito que comete a pesar de existir criterios más o menos estables en cada trastorno para declarar a un sujeto inimputable, semimputable o imputable. No obstante, la controversia de la aplicación de eximentes por anomalía o alteración psíquica está lejos de quedar cerrada o de adoptar criterios de consenso entre los diferentes autores y dentro de nuestra propia jurisprudencia

(García-Andrade, 1993; Ortega-Monasterio, 1998; Torre, 1999; Iglesias, 2003; Leal, 2004). De todas formas hay que puntualizar que en ningún caso el psicólogo, psiquiatra o forense informa sobre la inimputabilidad de un individuo (tarea que le corresponde al juez), sino que estos profesionales tan solo asesoran desde su campo científico sobre las capacidades de entendimiento, volitivas e intelectivas, para ayudar a que el juez determine el grado de responsabilidad que tiene el sujeto sobre sus actos y el nivel o efectos que causan diversas enfermedades o trastornos mentales en el comportamiento de un individuo en una situación concreta.

Desde un punto de vista internacional existen diversidad de posicionamientos. En el Código Penal francés se hace referencia al término "demencia" utilizado de forma genérica para referirse a los trastornos mentales y a su irresponsabilidad penal. Lamentablemente en este código no se consigue delimitar con exactitud el tipo de enfermedades mentales y sus correspondientes responsabilidades. Por otro lado, el Código Penal alemán si se refiere a la capacidad de comprender y dirigir la actuación conforme a dicho entendimiento, al igual que el Código Penal italiano en el que se hace referencia a las personas a las que una enfermedad les excluye las capacidades de entender y querer (Ortega-Monasterio, 1998). Desde otra perspectiva, en Estados Unidos son numerosas las acepciones y planteamientos según los estados en donde se aplican. Según el *American Law Institute* deben excluirse las psicopatías-sociopatías o el trastorno de la personalidad antisocial,

siendo las alteraciones que ejemplifican mejor las circunstancias de irresponsabilidad la esquizofrenia y otras psicosis, el retraso mental y otros trastornos orgánicos. En consecuencia el equivalente a la exigente completa española en Estados Unidos, el veredicto de "no culpable por razón de locura" (*Not guilty by reason of insanity*) provoca habitualmente consecuencias y repercusiones legales de gran importancia entre las que destacan el ingreso en hospital psiquiátrico, el periodo de tratamiento forzoso o medidas de seguimiento y/o peligrosidad (Ávila, 2004).

## EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) está encuadrado dentro de los trastornos de ansiedad en las diferentes clasificaciones internacionales (*American Psychiatric Association*, APA 2002; Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992). Su prevalencia global en población general se estima entre el 1 y el 2.3% y es relativamente consistente para gran parte de las culturas del mundo.

Según el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002), este cuadro presenta obsesiones definidas como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones

excesivas sobre problemas de la vida real. La persona los intenta ignorar o suprimir, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos a la vez que suele reconocer que éstos son el producto de su mente.

Además de las obsesiones este trastorno puede presentar compulsiones, definidas como comportamientos (p.e. lavado de manos, orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.e. contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algunos acontecimientos o situaciones negativas. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.

Las dos principales clasificaciones internacionales (APA, 2002 y OMS, 1992), difieren en la consideración de las obsesiones y compulsiones del TOC. El CIE-10 distingue las obsesiones de las compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). Sin embargo, el DSM-IV-TR realiza esta diferencia dependiendo de si el pensamiento idea o imagen produce ansiedad o

malestar, o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto, según la APA pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que serían consideradas obsesiones según la CIE-10.

En cuanto a marcadores o factores neurofisiológicos, se han detectado alteraciones analíticas como el incremento de serotonina; en estudios anatómicos, alteraciones en el sistema fronto-basal y en pruebas neuropsicológicas aparecen alteraciones de dos grandes regiones cerebrales: el sistema frontobasal y las áreas temporo-parietales, especialmente del hemisferio derecho (Arnedo, Roldán y Morell, 1996).

Respecto a los tratamientos considerados eficaces para el TOC podemos destacar el tratamiento por exposición con prevención de respuesta (EPR) (Foa y Golstein, 1978; Foa, Steketee, Grayson, Turner y Latimer, 1984; Steketee y Shapiro, 1993; Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt y Foa, 2000; Vallejo, 2003), la farmacoterapia (clomipramina/anafranil®; Marks, Stern, Mawson, Cobb, y McDonald, 1980) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS, tales como la fluoxetina, fluvoxamina, etc. (Vallejo, 2003), y el tratamiento combinado: EPR más terapia cognitiva (McLean, Whittal, Thordarson, Taylor, Söchting, Koch et al 2001) y/o EPR más tratamiento farmacológico (Vallejo, 2001; Vallejo, 2003).

Desde el punto de vista de su imputabilidad el TOC había sido considerado como responsable de sus actos en todas las sentencias anteriores en España. A continuación presentamos un caso en el

que por primera vez en nuestro país se reconoce a este trastorno como exento de responsabilidad criminal (aplicación de una eximente completa).

## MÉTODO

Según la clasificación propuesta por Montero y León (2005) podemos encuadrar este trabajo dentro del apartado de estudios cualitativos-estudio de caso, al presentar un planteamiento descriptivo no estructurado referido a una única unidad muestral. El estudio de caso es de tipo intrínseco al no ser elegido por el investigador y obedecer a las necesidades-prestaciones cubiertas desde un servicio de atención público.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PERITAJE DEL CASO

En el momento de los hechos el paciente, al que vamos a denominar Z, tenía 32 años de edad, era el segundo de tres hermanos, todos varones y convivía en el seno familiar con sus padres y hermanos. Estaba inactivo laboralmente y con baja adaptación social.

*Antecedentes personales:* nació de embarazo y parto normal, con desarrollo infantil adecuado a pautas normativas. Su periodo de escolarización se caracterizó por un buen rendimiento hasta los primeros años de bachiller en los que comienza de manera insidiosa a manifestarse su enfermedad. No existen antecedentes de enfermedad física de interés. Exento del Servicio Militar por padecer TOC y reconocida su condición

de minusválido por el Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS) con un grado de minusvalía del 68%.

*Antecedentes familiares:* destaca un trastorno distímico de su madre. Resto sin interés.

*Evolución y curso de la enfermedad:* inicio insidioso de síntomas obsesivos compulsivos hace 17 años. En los primeros años presentaba rasgos de personalidad obsesivo anancástica. A medida que transcurre el tiempo se afianzan dichos síntomas configurando un trastorno obsesivo compulsivo grave que se va cronificando poco a poco. El paciente presenta baja respuesta a numerosos tratamientos farmacológicos instaurados con antipsicóticos, ansiolíticos, benzodiazepinas, antidepresivos, litio, etc.

Fue tratado a lo largo de su evolución por más de ocho psiquiatras distintos y por más de cuatro psicólogos sin resultados óptimos. Tuvo varios ingresos en unidad de agudos (a nuestro saber, al menos cinco), presentando en algunos de ellos, además de la sintomatología propia de un TOC, episodios de agresividad contra familiares, ingesta e intoxicación etílica e intento autolítico.

Un neurocirujano propone a la familia y al paciente la intervención quirúrgica estereotáxica fundamentada en su curso crónico y en su baja respuesta al tratamiento. Supera las pruebas y condiciones para ser intervenido en la Clínica Rúber de Madrid donde es operado de una cingulotomía el 27/03/96. Tras la operación y una vez evaluado que el paciente no obtiene mejorías significati-

vas de su enfermedad es intervenido por segunda vez. En el momento de ocurrir los hechos estaba pendiente de su tercera intervención para lo cual el día 11/02/98 (el día después de los hechos) tenía las primeras pruebas pre-operatorias.

*Descripción psicopatológica:* la información que presentamos a continuación es fruto de la evaluación psicológica, análisis funcional, cuestionarios y auto-registros administrados en las diferentes entrevistas desarrolladas con el sujeto.

Su sintomatología obsesiva se centra en ideas y pensamientos obsesivos acerca de la muerte y de ciertos contenidos sexuales muy relacionados con prácticas efectuadas en la infancia que le traumatizaron y que sirvieron de generalización de otras obsesiones. Considera ciertos números como desafortunados (2, 6, 7, 9, 12, y todos los terminados en dichas cifras) ya que coinciden con los días o con las horas en las que se producían estos hechos. Estos números se tienen en cuenta de forma que las horas, los días o las acciones relacionadas con ellos son temidos y conllevan un alto grado de ansiedad en el paciente ya que tiene el temor de que le pueda ocurrir algo nefasto si no respeta "sus normas".

Sus obsesiones de tipo sexual le llevan a pensar que tras realizar una serie de prácticas onanísticas traumáticas en su juventud, el flujo que desprendía de ellas, al ser considerado como algo malo y pecaminoso, contaminaba todos aquellos objetos que directamente tocaba con las manos incluida la ropa que llevaba puesta en ese momento. De esta

forma, nos encontramos con que en su casa tiene habitaciones prohibidas en donde jamás entra, objetos contaminados que nunca utiliza y que teme tocar (radiocasete, póster, piano, cintas, libros, pomos de determinadas puertas...). Todos estos síntomas están relacionados con rituales compulsivos que desarrolla para evitar la contaminación y el resultado nefasto de esta. Así, se lava constantemente las manos (hasta más de 40 veces diarias en épocas de mucha ansiedad), sigue un ritual específico en las duchas, limpieza de dientes, etc. La topografía de sus respuestas es bastante compleja para todos los rituales y su frecuencia excesiva y fuera de la norma.

Además de un entramado complejo de limpieza, las comprobaciones también son parte importante de su psicopatología. Antes de acostarse comprueba minuciosamente todas las puertas, ventanas y gas de la casa. Su nivel de ansiedad llega en algunos momentos a ser límite. En alguna ocasión lo intenta combatir con la ingesta compulsiva de alcohol que le ha propiciado varias intoxicaciones etílicas.

*Evaluación y análisis funcional:* Al paciente se le administró el Inventario Obsesivo-compulsivo de Maudsley (Rachman y Hodgson, 1980). Este inventario recoge 30 situaciones, pensamientos y comportamientos típicos de los TOC que el sujeto debe valorar como "verdadero" o "falso" en función de si realiza la conducta señalada o no. (p.e.: *Evito usar los teléfonos públicos a causa de una posible contaminación o Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos*).



Esta prueba suele utilizarse para determinar de forma aproximada el número y tipo de obsesiones y compulsiones de un individuo. Sus puntuaciones van de 0 a 30, el límite inferior señala ausencia de componente obsesivo compulsivo y el superior un nivel grave en dicha sintomatología. El sujeto Z presentó en varios momentos de la evaluación y tratamiento la máxima puntuación.

También administramos la Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Goodman, Price, Ramussen, Mazure, Fleischmann, Hill, et al., 1989). Esta prueba analiza 10 aspectos diferentes de la conducta de la persona evaluada (tiempo ocupado por las ideas obsesivas y por las compulsiones, resistencias a las mismas, grado de control sobre ambas, etc.), que deben contestarse eligiendo entre cuatro posibles respuestas que van desde el 0= ausente hasta el 4= extremo, según cada uno de los diferentes ámbitos conductuales evaluados. Tanto la puntuación del subtotal de obsesión como el de compulsión se encuentran en el nivel extremo de la escala. La puntuación global y el índice de gravedad se encuentran también en sus puntuaciones más elevadas. Al igual que en la anterior, esta prueba se administró en distintos momentos temporales con resultados similares.

Análisis funcional: Los antecedentes evaluados en la historia clínica del sujeto relacionados con la sintomatología que posteriormente desarrolla son las prácticas sexuales traumáticas realizadas en la infancia y la educación familiar estricta. Posteriormente, dentro de las respuestas presentadas evaluamos la asociación de

las prácticas sexuales con la muerte, números desafortunados y consecuencias negativas (contaminación de cuerpo, objetos y lugares), pensamientos de culpa y remordimientos (rumiaciones y razonamientos internos negativos). En cuanto a respuestas fisiológicas el paciente presenta sudoración, palpitación, ahogo, temblores, ronquera y otros síntomas de ansiedad asociados a la muerte, pensamiento catastrofista y contaminación.

Otro tipo de respuestas aparecen en forma de rituales de limpieza de objetos, lugares y partes del cuerpo, comprobaciones (puertas, gas, ventanas, limpieza, etc.) y realización de acciones u operaciones mentales (p.e. cuando bebe cuenta los tragos y sólo puede realizarlos en números "seguros", puede tragar 3 veces pero no 2 ni 6, por ser números prohibidos). Finalmente también aparecen como características más importantes desde un plano emocional la impotencia, frustración, ira y tristeza.

Si nos centramos en las consecuencias, los rituales de limpieza y comprobaciones, el consumo de alcohol y hachís, y la evitación (días, lugares, horas, etc.) disminuyen la ansiedad, mientras que las prácticas sexuales y los pensamientos negativos la aumentan. Esta ansiedad está asociada a las consecuencias atribuidas por el sujeto ("*puedo morir*" "*puedo contaminarme*" "*existe un infierno para las personas obsesivas como yo*") si no cumple las reglas establecidas por su trastorno.

Como variables de mantenimiento señalamos todas las conductas rituales y

pensamientos realizados que hacen disminuir los niveles de ansiedad.

*Estado actual:* tras la última intervención no se produce avance significativo. Parece que el contenido obsesivo se palia un poco en algunos momentos pero su nivel de ansiedad no disminuye. Comienza el consumo de hachís (recobrado de su etapa adolescente). Se encoleriza con facilidad. Desinhibido en algunas facetas de su vida, falta continuamente al respeto a miembros de su familia. Sigue inactivo laboralmente, no tiene amigos y sus relaciones interpersonales son muy reducidas. En algunas ocasiones presenta fallo en el control de los impulsos. En estados de ansiedad elevados es capaz de cometer actos de los que finalmente termina arrepintiéndose (peleas en casa, ingesta compulsiva de alcohol, etc). El ambiente familiar es de colaboración, su estatus socioeconómico es medio-alto y el nivel cultural elevado (los dos padres han sido profesores y sus dos hermanos tienen carreras universitarias). La familia se encuentra en una situación extrema, no saben que hacer con el paciente, lo han intentado todo sin resultado y la convivencia familiar se encuentra muy deteriorada.

*Juicio Clínico:* Trastorno Obsesivo Compulsivo Grave. F42.

Desde el punto de vista pericial algunas de las valoraciones que se realizaron en este caso señalaban que el tipo de trastorno que padece el sujeto y la repercusión que supone para su vida es total (a diferencia de otros trastornos como la esquizofrenia que suele presentar brotes agudos o exacerbaciones de

síntomas y que, sin embargo, suele estar considerado el diagnóstico psiquiátrico al que se aplican más eximentes completas).

Toda su existencia gira en torno a las obsesiones y compulsiones estando totalmente afectadas las facetas de adaptación familiar, social, laboral y afectiva, esto es, la totalidad de sus comportamientos está supeditada a este padecimiento las 24 horas del día.

Entendemos que al no ser un consumidor de tóxicos habitual y por la particularidad de su trastorno obsesivo compulsivo, dicho consumo, está íntimamente relacionado con éste, ya que la función que ejerce dentro de esta psicopatología es la reducción de los niveles de ansiedad que le crean sus obsesiones. Asimismo el sujeto afirma que en momentos de gran ansiedad aumenta considerablemente el consumo de dichas sustancias.

En estos momentos, su familia, conocedora de su consumo repetitivo de hachís, hacía un férreo control del dinero que le daban hasta el punto de que durante los últimos meses le daban dinero día a día calculando el importe justo para un paquete de tabaco y un café y así no darle opción para comprar hachís. A pesar de esto, se las ingeniaba para conseguirlo vendiendo o cambiando discos, revistas y otros objetos de su propiedad. En los centros de salud mental a los que acude para realizar distintos tipos de actividades de ocio y tiempo libre afirman que, en ocasiones, el sujeto ha pedido insistentemente dinero a otros pacientes e incluso a los propios

trabajadores. Él mismo reconoce haber pedido dinero por la calle al no tener recursos económicos para comprar hachís.

## DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS Y SENTENCIAS

Para la descripción de los hechos hacemos referencia expresa al texto de la Sentencia del Tribunal Supremo (STS, nº 1798/2001, Sala de lo Penal), como recurso de casación de la Sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Córdoba. En primera instancia, el Juzgado de Instrucción nº 7 de Córdoba incoó procedimiento con los siguientes hechos probados:

*“Este Tribunal da como probados los siguientes hechos: sobre las 12:30 horas del día 10 de febrero de 1998, el acusado..., mayor de edad y sin antecedentes penales, coincidió en el ascensor del inmueble núm. ... de la ... de esta capital, con la joven ..., e inmediatamente después de que ésta pulsase el botón de la cuarta planta del edificio, aquel pulsó el botón de “stop”, quedándose detenido el ascensor entre dos plantas, y con intención de satisfacer su ánimo libidinoso, comenzó a agarrarle de los brazos e intentar besarla, al tiempo que le tocaba por todo el cuerpo, a lo cual la indicada joven opuso fuerte resistencia, lo que motivó que el acusado la golpeara repetidamente, y que seguidamente pulsase el botón de la planta baja y saliese rápidamente huyendo hacia su domicilio que se encuentra contiguo, donde fue localizado y detenido por la Policía. Como consecuencia de los gol-*

*pes recibidos, ... (la víctima) ... sufrió diversas heridas y contusiones en ambos pómulos,... que en la primera exploración clínica necesitaron de cura local, profilaxis antitetánica y prescripción sintomática de... Sin embargo, y a causa del incidente sufrido en su conjunto la indicada .... padeció un síndrome de estrés postraumático con un gran componente de ansiedad y fobias a la soledad... El acusado padece un trastorno obsesivo compulsivo grave, sin que conste acreditado que los hechos anteriormente relatados hayan sido motivados por dicho trastorno”.*

En la valoración efectuada en el peritaje consideramos que dentro de este caso cobraría sentido intentar conseguir dinero (tal y como afirma el acusado), con más o menos insistencia, en función del estado de ansiedad que presentara el sujeto si también tuviéramos en cuenta que a la ansiedad propia de su psicopatología se le sumaría la de su dependencia a ese tipo de sustancia y su imposibilidad de conseguirla. Tras la lectura del sumario no encontramos información sobre si el sujeto había consumido sustancias o no el día de los hechos (no se realiza ninguna prueba al respecto), aunque el sujeto afirma abiertamente haber consumido cannabis, cocaína y alcohol. Si esto se hubiera corroborado deberíamos tener en cuenta una posible intoxicación por cannabis (o en su defecto una dependencia y/o abuso, en función del caso y, lamentablemente, imposible de determinar en estos momentos).

A su vez, el que los hechos se cometan en el portal de al lado de su casa

nos sugiere que podría estar bastante ansioso por conseguir algo de dinero ya que no consideramos que sea un comportamiento "normal" llevar a cabo este tipo de hechos, tal y como son descritos en el sumario, por una persona que se encuentre plena de facultades y no afectada por un trastorno mental grave.

No obstante, concurren varios factores (trastorno obsesivo compulsivo grave, posible consumo de sustancias, momento estresante -pruebas preoperatorias- y dos intervenciones cerebrales previas) que dificultan la labor de atribuir el comportamiento del sujeto en exclusiva a uno de ellos y nos refuerzan la hipótesis de que el sujeto tenía su voluntad alterada así como la capacidad de juicio y entendimiento de las implicaciones de los hechos acontecidos y la desproporción e inadecuación de su conducta.

A pesar de esto, la persona que realiza el informe constata que el diagnóstico principal (TOC) es en gran medida el responsable del resto, ya que a través de aproximadamente cuatro años de seguimiento del caso ha visto la evolución del cuadro y muchas de las particularidades anteriormente presenciadas tienen su raíz, comienzo o explicación en la sintomatología obsesiva compulsiva que presenta el paciente.

A continuación la Audiencia Provincial de Córdoba, en su fallo, condena al acusado como *"autor criminalmente responsable del delito de agresión sexual y falta de lesiones ya definidas, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad cri-*

*minal a las penas de un año de prisión por el delito y tres fines de semana de arresto por la falta... y a que indemnice a ... (la víctima) con ...."*

La sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Córdoba asume el informe médico forense y entre sus conclusiones afirma, refiriéndose al acusado: *"No considero que la conducta analizada haya estado motivada por su enfermedad. Por tanto, se puede afirmar que existía total conocimiento de los hechos cometidos y capacidad de actuar conforme a dicho conocimiento"*.

De igual forma parece desestimar el informe presentado por un compañero médico psiquiatra y el informe presentado en el presente artículo, que llegan a conclusiones opuestas a las defendidas por el forense y que defienden la relación e influencia del TOC en los hechos acontecidos. Por esta razón, la familia decide recurrir al Tribunal Supremo.

En el posterior recurso de casación, el Tribunal Supremo dicta Sentencia (nº 1798/2001; Sala de lo Penal). El TS estima que no se tuvo en cuenta que el sujeto padecía un TOC grave tal y como presentaron los peritos en sus correspondientes informes, y en el juicio oral, circunstancias que permitían la aplicación de los artículos 20.1ª o 21.1ª del Código Penal. Dentro de las estimaciones realizadas por el TS destacamos las siguientes: *"Es evidente que el acusado no tiene una personalidad con problemas episódicos y relativamente aislados, sino de un síndrome obsesivo permanente y grave, de cuya evolución dan cuenta los numerosos informes... En*

*consecuencia, la Audiencia ha infringido el art. 20.1ª CP, pues se ha apoyado para evaluar las consecuencias normativas de la alteración mental del recurrente, evaluación requerida por la fórmula legal del art. 20.1ª CP, en la opinión de peritos médicos (en referencia al informe del médico forense) que no tuvieron en cuenta al opinar los límites de sus conocimientos científicos. De esta manera, se ha considerado que una alteración psíquica grave y permanente no era la causa de una conducta específica, cuando, en realidad, no se trataba de un problema causal, sino de la valoración jurídica de si el autor pudo comprender la antijuricidad de su acción y comportarse de acuerdo con dicha comprensión”.*

Finalmente, en el fallo se declara al sujeto exento de responsabilidad criminal por aplicación de los artículos 20.1ª y 101 del Código Penal y se desestima la anterior sentencia de la Audiencia Provincial.

## DISCUSIÓN

Los TOC y otros tipos de diagnósticos tradicionalmente encuadrados dentro de la clásica y actualmente obsoleta etiqueta de “neurosis”, no se han visto incluidas en las psicopatologías con una supuesta reducción de la imputabilidad (esquizofrenia, otras psicosis, etc.), porque no suele verse afectada su capacidad de discernir entre lo que está bien y lo que está mal (García-Andrade, 1993; Torre, 1999).

Leal (2004) afirma que un enfermo

mental, en general, no puede ser declarado culpable debido a su psicopatología y que deben tenerse en cuenta, especialmente en el caso del TOC, los factores biológicos, sociales y ambientales. Tan solo deberían responder a su peligrosidad criminal y medidas de seguridad con el objetivo de prevenir futuros delitos mediante la aplicación de un tratamiento terapéutico de carácter obligatorio, incluido el internamiento en unidad de agudos o en unidades de media estancia.

No obstante, para la valoración de la imputabilidad la consideración exclusiva del diagnóstico de trastorno mental es insuficiente sin la valoración y análisis de todas las circunstancias, situaciones y aspectos a tener en cuenta desde una perspectiva biopsicosocial y obviamente legal (hecho-autor-víctima).

El Tribunal Supremo, hasta la fecha, no había contemplado una eximente completa de responsabilidad penal para un TOC hasta la Sentencia del TS de 13 de octubre de 2001 (caso al que nos estamos refiriendo en este artículo), llegando a la conclusión, según los informes, que el sujeto está afectado en su personalidad de manera total por la enfermedad y no simplemente por actos y episodios aislados (tal y como ocurre en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos). Según Leal (2004), hasta el momento y apoyándose en la doctrina de que en estos problemas tan sólo se encuentran afectadas la voluntad y no la capacidad de discernir del sujeto, se han valorado por el Tribunal Supremo los TOC como atenuante o a lo sumo como semieximente. En esta línea las Senten-

cias del TS de 3 de enero de 1990, de 29 de abril de 1991, de 21 de septiembre de 1993 de 18 de febrero de 1994 y de 23 de febrero de 2001, ratifican la doctrina que defiende que no basta afirmar la intensidad del trastorno sino que es ineludible el análisis de los hechos delictivos sobre los que se pretende proyectar la enfermedad (Leal, 2004).

A tenor de la información aportada en este trabajo puede ser erróneo realizar emparejamientos automáticos entre personas que cometen delitos y tienen determinados diagnósticos, y responsabilidades jurídicas correspondientes para cada diagnóstico. Lo adecuado sería realizar un análisis completo de las implicaciones que tiene padecer una determinada psicopatología partiendo de la base de las enormes diferencias individuales, a pesar de compartir una misma etiqueta diagnóstica. A este análisis se tendría que sumar una valoración de todas las circunstancias ambientales que rodean al individuo y a los hechos acontecidos.

Por otro lado, tenemos que señalar la fuerte implicación que tiene esta valoración con las medidas de seguridad y/u obligatoriedad de someterse a tratamiento, tan poco desarrolladas en nuestro país, y que podrían actuar en la prevención de muchos delitos en los que puede ser previsible la conducta de un individuo a partir de una enferme-

dad mental. También existe una gran problemática relacionada con los internamientos (voluntarios, involuntarios, urgentes...) y/o tratamientos ambulatorios de estos individuos y con cuestiones como el abandono o baja adherencia a los tratamientos. Durante mucho tiempo los padres de Z habían advertido la magnitud de su enfermedad y su potencial peligrosidad pero no tuvieron una respuesta positiva para poder ingresar a su familiar en un centro en el que recibiera un tratamiento y control adecuado, a pesar de los numerosos intentos y gestiones que realizaron durante años.

Finalmente debemos señalar la importancia de que los psicólogos se incorporen a este tipo de procesos (Urta y Vázquez, 1993; Ávila, 2004). Tradicionalmente han sido los forenses (muchos de ellos sin formación específica o especialidad en temas de salud mental) y los psiquiatras, los expertos llamados a declarar, aunque cada vez son más los psicólogos a los que se les solicita la evaluación para este tipo de casos. Esta situación cobra cada vez más sentido cuando observamos que las valoraciones de estos casos parten de un estudio exhaustivo de la personalidad del individuo y de las circunstancias ambientales o psicosociales que participan en ellas (materias fundamentales de nuestra disciplina, más alejadas de la actual formación del médico psiquiatra).

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2002). *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (Orig. 2000).
- Arnedo, M., Roldán, L. y Morell, J. M. (1996). Aproximación psicobiológica al trastorno obsesivo compulsivo. *Psicología Conductual*, 4, 307-321.
- Ávila, A. (2004). *Psicopatología y responsabilidad penal. Algunas cuestiones sobre la imputabilidad*. I Congreso de Psicología Jurídica en Red. <http://www.cfnararra.es/asistenciavictimas/RECURSOS/Lecturas/comunicacion.HTM>. (02/10/2005)
- Código Penal (1995). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre.
- Foa, E. B. y Goldstein, A. (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9, 821-829.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M. y Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. y Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized simples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- García-Andrade, J. A. (1993). *Psiquiatría criminal y forense*. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Ramussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. N., Hill, C. L., Heninger, G. R., Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Iglesias, M. A. (2003). La exigente de "anomalía o alteración psíquica". Una problemática abierta hacia el futuro científico. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 56, 151-173.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra: Meditor.
- Ortega-Monasterio, L. (1998). Psiquiatría jurídica y forense. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 895-915). Barcelona: Masson.
- Leal, J. (2004). La doctrina legal del trastorno obsesivo compulsivo en relación con el art. 20.1 del Código Penal. La incidencia biológica y social en el juicio de inimputabilidad y sus efectos. *Actualidad Jurídica Aranzadi*, 619, 1-6.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. y McDonald, R. (1980). Clomipramina and exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J., Paterson, R. y Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- Montero, I., y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Rachman, S. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall.
- Stekeee, G. y Shapiro, L. (1993). Obsessive

*El trastorno obsesivo compulsivo y su responsabilidad jurídica*

compulsive disorder. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy in psychiatric setting* (pp. 99-127). New York: Plenum.

Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 3 de enero de 1990.

STS de 29 de abril de 1991.

STS de 5 de octubre de 1992.

STS de 21 de septiembre de 1993.

STS de 18 de febrero de 1994.

STS de 23 de febrero de 2001.

STS de 13 de octubre de 2001.

Torre, J. (1999). La responsabilidad penal en las psicopatologías: valoraciones judiciales y jurisprudenciales. *Estudios de Psicología*, 63-64, 163-173.

Urra, J. y Vázquez, B. (1993). *Manual de Psicología Forense*. Madrid: Siglo XXI.

Vallejo, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.

Vallejo, M. A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 337-348). Madrid: Pirámide.