

Gonzalo CARRETERO CAPARRÓS

NEUROCIENCIAS Y DERECHO PENAL: UN
ENTENDIMIENTO NECESARIO

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Luis BORRÁS ROCA

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2017

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma:

Gonzalo CARRETERO CAPARRÓS

El amor o el odio hacen que el juez no conozca la verdad

ARISTÓTELES

Resumen

En este trabajo pretendo analizar la necesaria convergencia entre las neurociencias y el derecho penal. Para ello, tendré en cuenta la fundamentación objetiva de las neurociencias y las aplicaciones prácticas a nivel legal. Entender cómo funciona nuestra conducta es esencial para una recta justicia y, en este trabajo, se logran muchas conclusiones sobre la misma y su génesis.

Resum

En aquest treball pretenc analitzar la necessària convergència entre les neurociències i el dret penal. Per a això, tindrè en compte la fonamentació objectiva de les neurociències i les aplicacions pràctiques a nivell legal. Entendre com funciona la nostra conducta és essencial per a una recta justícia i, en aquest treball, s'aconsegueixen moltes conclusions sobre la mateixa i el seu gènesi.

Abstract

In this paper I intend to analyze the necessary convergence between neurosciences and criminal law. For this, I will take into account the objective foundation of neurosciences and practical applications at the legal level. Understanding how our behavior works is essential for a correct justice and, in this work, many conclusions are reached about it and its genesis.

Palabras claves / Keywords

Derecho penal – Neurociencias – convergencia – recta justicia – fundamentación objetiva

Sumario

Introducción.....	9
1. Derecho penal y neurociencias.....	12
1.1. Confluencia de ambas disciplinas.....	12
1.2. Conceptos legales.....	18
2. La libertad a la luz de las neurociencias.....	26
2.1. ¿Neurodeterminismo o indeterminismo?.....	26
2.2. Plasticidad cerebral.....	28
2.3. Cambio de personalidad como consecuencia de alteración neurológica... 29	
3. La agresividad como una entidad explicativa	33
3.1. Definición, subtipos y respuesta neurojurídica.....	33
3.2. Bases neurocientíficas de la agresividad	35
3.3. Delictogénesis.....	40
4. Casos prácticos	48
5. Conclusiones	55
Bibliografía.....	57
Anexo I	61
Anexo II.....	69
Anexo III.....	71
Anexo IV.....	77
Anexo V.....	78
Anexo VI.....	79
Anexo VII.....	81
Anexo VIII.....	90
Anexo IX.....	97

Introducción

La finalidad de este trabajo es puramente bibliográfica o de documentación exhaustiva sobre el tema. No pretendo descubrir ni redescubrir nuevas conclusiones, simplemente exponer el estado de la cuestión y posibles consideraciones futuras.

La relevancia que le concedo a este trabajo de fin de grado, además de personal, es científica. Considero que las neurociencias casan a la perfección con el derecho y son necesarias para lograr una recta justicia. El derecho ofrece leyes, genéricas y abstractas, siendo laboral del jurista interpretarlas en su particularidad. Para ello, es necesario tener toda la información del hecho y del sujeto acusado/dañado. Las neurociencias ofrecen una base científica sobre el comportamiento humano que no debe desmerecerse.

Los juristas juzgan la conducta humana a partir de sanciones tipificadas en el Código Penal, mas no indagan en cómo funciona el comportamiento humano.

Es necesario ser conscientes de las pseudo-argumentaciones que esgrimen contra las neurociencias. Básicamente haciendo hincapié en la insuficiente base objetiva de las mismas. Por ello, la justificación primera de mi trabajo es esta: demostrar que tras un enfoque psicológico – comportamental se halla un punto de apoyo objetivo. En muchas ocasiones, sustentado en estructuras y áreas cerebral específicas.

Además, nuestro cerebro es el órgano más importante. Éste pone orden a nuestra conducta y, por tanto, nos puede ofrecer respuestas sobre la existencia, o no, de libertad.

Para lograr un correcto desempeño de este trabajo, me formularé unas preguntas iniciales que, espero, puedan ser resueltas en mis ulteriores conclusiones. Estas serán las siguientes:

- ¿Las neurociencias han avanzado suficiente para ofrecer utilidad a la justicia?
- Si bien el jurista debería tener nociones sobre la génesis de la conducta humana, ¿el perito experto en neurociencias (o salud mental) debe tener conocimientos legales para desempeñar su laboral?. En caso afirmativo, ¿cuáles y por qué motivos?
- ¿El enfermo mental (o el sujeto con alteraciones neurológicas) merece siempre una consideración especial ante la ley?
- ¿Qué influencia tiene nuestro cerebro en nuestras decisiones?

- ¿Existen bases neurocientíficas que puedan explicar nuestra conducta agresiva?
- ¿La violencia es más frecuente en sujetos con enfermedades mentales?

Estas preguntas, junto con otras, serán resueltas a lo largo de este trabajo a partir de tres puntos teóricos y un punto con casos prácticos.

En primer lugar, hablaré de la confluencia que existe entre derecho penal y neurociencias. Indagaré en la relación histórica de la convergencia de ambas disciplinas. También explicaré cómo se pueden introducir las neurociencias en el ámbito legal, tanto desde un enfoque teórico (objeto de estudio) como práctico (mediando las sanciones y contribuyendo a mejorar la justicia). Es importante añadir cuáles son las herramientas de las que disponen las neurociencias actualmente y a qué conclusiones con trascendencia jurídica han llegado. Incluso buscaré las apreciaciones que existen sobre el futuro de las neurociencias en la justicia: sectores escépticos, moderados y optimistas. Por último, haré mención de ciertas nociones legales básicas que guardan interés para el perito especializado en neurociencias o salud mental: responsabilidad, imputabilidad, inimputabilidad y circunstancias atenuantes.

En segundo lugar, haré una breve mención al debate sobre la libertad, base del derecho penal, entre los dos extremos en el campo de las neurociencias: neurodeterminismo e indeterminismo. También concluiré si existe, o no, auténtica libertad y qué definición operacional le sería útil al derecho penal en la que sustentarse. Por otro lado, analizaré los avances científicos sobre la plasticidad cerebral con la finalidad de concluir si este es rígido o maleable a lo largo de la vida. Por último, tras haber analizado de manera pormenorizada los puntos anteriores, hablaré del cambio de personalidad consecuencia de alteraciones orgánicas a nivel cerebral: traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales, epilepsia y esclerosis múltiple.

En tercer lugar, trataré la agresividad como una entidad explicativa. Los delitos derivan de actos violentos, siendo estos consecuencia de una conducta agresiva. Por ello, considerando que los delitos son los que aparecen tipificados en el Código penal, es necesario ahondar en la conducta subyacente: la agresiva.

Para ello, analizaré qué se entiende, psicopatológicamente, por agresividad y qué subtipos existen. También apreciar, si la hay, consideración jurídica distinta en función de la predominancia de uno u otro tipo. Por otro lado, recopilaré información sobre las bases neurocientíficas de nuestra conducta humana y entender si el cerebro nos puede dar explicación de la misma. Por último, le dedicaré un subapartado a la delictogénesis, u origen del delito. No será puramente biológico, sino que intervendrán más mecanismos (por ejemplo, psicológicos) y estudiar si el delito se puede prevenir a edades tempranas.

El último apartado lo dedicaré a analizar tres casos prácticos reales. Son tres sujetos imputados por delitos, cuyas alteraciones neurológicas fueron utilizadas para lograr una mejor defensa. Haré un análisis legal (qué delitos han cometido) y sobre las circunstancias que mediatizaban su conducta (aspectos neurológicos o psicológicos).

1. Derecho penal y neurociencias

1.1. Confluencia de ambas disciplinas

La mayoría de expertos, en la materia a tratar, consideran que la “Sentencia Jenkins” (1962) fue determinante en la inserción laboral de psicólogos en la justicia. Tal sentencia otorga validez al testimonio de los psicólogos como expertos en asuntos de responsabilidad criminal (Fernández y Lorente, 2001) (léase Anexo I, Sentencia Jenkins original)

Sin embargo, las neurociencias, institucionalmente hablando, no se establecieron hasta el año 1970 con la fundación de la *Society of Neuroscience* (Narvaez, 2014)

Los neurocientíficos antaño estudiaban mecanismos más elementales y básicos, no suficientemente explicativos de la conducta. Sin embargo, desde hace 50 años, su objeto de estudio e interés son los mecanismos neuronales que subyacen a los procesos cognitivos. En parte, merced a las nuevas técnicas que permiten profundizar en el cerebro humano (Delgado, 2013)

La época de los años 80' del s. XX fue realmente fructífera para psicólogos y psiquiatras forenses. El período posterior a la guerra de Vietnam (1975) y el establecimiento oficial de la entidad clínica trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el año 1980 gracias al DSM-III, marcaron dos hitos históricos para estos profesionales. No fueron pocos los soldados que decían padecer un enorme estrés a consecuencia de lo sucedido en la guerra. Fue tan mediático el número de diagnosticados por TEPT que muchos veteranos creían sufrirlo, pero otros manifestaban esa ‘preocupación’ sólo después de haber cometido actos delictivos y haber sido detenidos por las autoridades (Ressler, 2014)

Los abogados, auxiliados por los expertos en salud mental, se recreaban en el diagnóstico médico para justificar la delincuencia de ciertos veteranos o con la finalidad de conseguir un beneficio ulterior. Ressler, el cual acuñó el término de asesinos en serie en 1970, relata el caso de un joven veterano llamado Reeves. Éste asesinó a un policía e intentó justificarse con un TEPT. Él decía que su época como francotirador en Vietnam le había hecho mella...La realidad distaba mucho de lo que él contaba: había sido cocinero y nunca francotirador, ni oficial ni extraoficialmente (Ressler, 2014)

He hecho hincapié en *neurociencias* en lugar de *neurociencia*, pues no es una única disciplina. En ella se incluye, entre otras, la neurología y la neuropsicología. Craso error, aunque común, considerar a la neurología como la única neurociencia. Tal y como exponen Ruiz, Pedrero, Fernández y Llanero (2011, p.320):

Las neuronas, los neurotransmisores o las estructuras cerebrales no son propiedad de los neurólogos, así como los procesos cognitivos, la conducta o las emociones no son propiedad de los (neuro) psicólogos. De hecho los procesos psicológicos no pueden reducirse a meros procesos neurológicos; los primeros emergen de los segundos con propiedades holísticas nuevas que no pueden ser explicadas exclusivamente por éstos, del mismo modo que las propiedades del agua no se explican a partir de las características individuales del hidrógeno y el oxígeno.

Las neurociencias, en definitiva, son un conjunto de disciplinas que buscan hallar de qué manera la actividad del cerebro guarda relación con la psiquis y el comportamiento. Existen muchos enfoques (Valente, 2014)

La rama de las neurociencias más cercana a la psicología es la neuropsicología. Y en el trabajo que realizo, la neuropsicología forense, es decir, la aplicación en el ámbito legal. El neuropsicólogo forense suele actuar como perito para valorar la existencia - o no - de disfunción o daño cerebral y sus implicaciones legales (Fernández y Lorente, 2001)

En este trabajo, analizo la convergencia del derecho penal y las neurociencias. Por ello, he de apreciar que al plantear el análisis de un objeto de estudio desde distintas disciplinas existen tres opciones, o formas de estudio (Coaguila, 2002):

1. **Pluridisciplinariedad**: las disciplinas que pretenden analizar el objeto lo hacen de manera independiente y específica, desarrollando sus puntos de vista de manera yuxtapuesta
2. **Transdisciplinariedad**: la especificidad de las disciplinas implicadas se desvanece a fin de generar un nuevo saber, del cual se gestan nuevos objetos y métodos de estudio
3. **Interdisciplinariedad**: Se actúa sobre la base teórica de una de las disciplinas. Ésta ofrece problemáticas concretas y genera hipótesis, las cuales se entrelazan con las elaboradas por la/s otra/s disciplina/s

Los autores que han analizado la relación neurociencias – ley establecen que la interdisciplinariedad es la opción más sensata en este caso. Si se pretende un tratamiento dinámico de la consideración jurídica del padecimiento mental, debe considerarse la interdisciplinariedad (Valente, 2014)

Nos queda mucho por descubrir acerca de la etiología de nuestras alteraciones cerebrales y cuáles son las implicaciones psicosociales que éstas generan. No obstante, las investigaciones avanzan a pasos agigantados y, hoy en día, conocemos múltiples factores que inciden en la alteración cerebral y sus respectivas consecuencias funcionales. Especialmente nos resultan relevantes las secuelas que se asocian a afectaciones en el ámbito laboral, social, familiar y personal, y por tanto, en la relación que establece el sujeto con la justicia (Fernández y Lorente, 2001)

Cuadro 1. Etiología de las alteraciones en la funcionalidad cerebral

Procesos/agentes que generan alteraciones en el funcionamiento cerebral	Síndromes neurológicos y psiquiátricos fruto de los agentes anteriores	Consecuencias funcionales a nivel laboral, social, familiar y personal
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Infecciones</i> • <i>Neurodegeneración</i> • <i>Descargas eléctricas anormales</i> • <i>Alteraciones neuroquímicas</i> • <i>Golpes</i> • <i>Afectación del riego sanguíneo</i> • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Traumatismos craneoencefálicos</i> - <i>Demencias</i> - <i>Enfermedades cerebrovasculares</i> - <i>Tumores</i> - <i>Epilepsia</i> - <i>Esquizofrenia</i> - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectación en las capacidades cognitivas (pérdida de memoria, dificultad para planificar y tomar decisiones) ▪ Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, falta de conciencia de los déficit, apatía...) ▪ Cambios en la conducta y personalidad (agresividad, impulsividad y desinhibición)

Fuente: elaboración propia a partir de Fernández y Lorente (2001)

Al tratar esta nueva revolución neurocientífica y la consecuente inserción en el ámbito legal, existen opiniones dispares. Expertos en procedimiento judicial consideran que los nuevos conocimientos neurocientíficos pueden derivar en consecuencias positivas o negativas (en función de su uso y responsabilidad). Tal y como expone Corda (2013):

- Positivas: favorecer un enjuiciamiento más riguroso y exhaustivo al superar los límites actuales de las ciencias cognitivas.
- Negativas: las ciencias, en concreto las neurociencias, se apropien indebidamente del derecho y nos conduzcan a una involución (en lugar de mejorar las cosas) caracterizada por un aumento de la represión y la incapacitación.

Otros autores desprenden más optimismo, sin descuidar la prudencia. Consideran que las neurociencias influirán gradualmente, pero no sustancialmente. Es decir, las aportaciones neurocientíficas incidirán, de forma periférica, en el derecho penal. No modificarán el sistema penal establecido. Sin embargo, este pronóstico nos es favorable: casos que hoy se resuelven con mera imposición de penas, en el futuro podrían ser sensibles a la aplicación de medidas de seguridad, corrección o tratamiento (Feijoo, 2011)

Es así como la mayoría de neurocientíficos quieren incidir en el sistema penal. Abogan por rectificar nuestro sistema actual, presente en la mayoría de sistemas jurídicos, caracterizado por ser <<proporcionalista>> y estar orientado a la prevención general. La corrección propuesta sería básicamente potenciar el tratamiento y la prevención especial - y específica al caso - (Feijoo, 2011)

Incluso algunos promueven que toda resolución de índole jurídica – que lo requiera- deba estar apoyada en una perspectiva neurobiológica más penetrante en cuestiones como la resolución, el razonamiento y la toma de decisiones. Tal y como expone Valente (2014, p.37): “es necesario el análisis socio-ambiental concreto del enfermo junto con las bases biológicas de la conducta. Solo así puede medirse las razones que avalan una limitación o restricción de la capacidad de ejercicio”.

El problema es que el campo profesional del derecho suele presentar una actitud de cerrazón, marcadamente hermética respecto otras disciplinas. Es tal el problema que recibe el nombre de la ‘falacia normativista’, es decir, “actuar como si los problemas fundamentales de la teoría del Derecho fueran casi exclusivamente los planteados por las normas y los sistemas normativos” (Gonzalez, 2003, p.17)

La cuestión ahora sería: ¿cómo acreditar objetivamente mermas en la libertad o alteraciones cerebrales? En el año 1994 se ejecutó a John Wayne Gacy, un violento psicópata, el cual violó y asesinó a 33 chicos entre los años 1972-1978. Tras su muerte, la Dra. Helen Morrison - experta en asesinos en serie y testigo de la defensa en su juicio – se llevó su cerebro para analizarlo. La sorpresa fue que no halló ninguna diferencia significativa con un cerebro normal, pero sí que concluyó con una de las verdades de la neurociencia: un cerebro muerto es radicalmente distinto a de uno vivo (Dutton, 2013)

Por ello, cuando analizamos los mecanismos biológicos implicados en procesos cognitivos, debemos diferenciar entre un déficit cerebral morfológico y un déficit funcional (Corda, 2013)

Cuadro 2. Técnicas utilizadas para determinar un déficit anatómico y funcional

<p>Déficit cerebral de naturaleza morfológico – estructural</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TAC (<i>Tomografía axial computarizada</i>) - PET (<i>Tomografía por emisión de positrones</i>) - Resonancia magnética
<p>Déficit cerebral de naturaleza funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - fMRI (<i>Resonancia magnética funcional</i>): se analiza la funcionalidad de un órgano de manera complementaria a las imágenes morfológicas

Fuente: elaboración propia a partir de Corda (2013)

En el análisis funcional del cerebro predomina la resonancia magnética funcional, técnica que dio sus frutos en la segunda mitad del S. XX. Marcó un punto de inflexión en las ciencias sanitarias, básicamente porque se pudo analizar aquello que estaba, en cierto modo, sucediendo en el cerebro de los sujetos examinados cuando realizaban tareas cognitivas de diversa índole (González, Tudela y Ruz, 2014)

La premisa, bajo la que se sustenta la resonancia magnética funcional para examinar qué zonas se activan, es simple: “cuando una neurona trabaja, desencadena la conversión de la oxihemoglobina en desoxihemoglobina” (González, Tudela y Ruz, 2014, p.3 18)

Algunos autores manifiestan marcado escepticismo al considerar que ciertas técnicas, léase tomografía por emisión de positrones o la resonancia magnética funcional, nos ofrecen escasa información. La razón que arguyen es la siguiente: la localización de la actividad neuronal no nos dice exactamente cómo funciona el cerebro, únicamente permite formular hipótesis (Feijoo, 2011)

Lo cierto es que las técnicas nos ofrecerán unos resultados determinados susceptibles de ser interpretables. Entre expertos de neurociencias, especialmente neurólogos, no comparten siempre las mismas conclusiones para la vida social del sujeto a partir de los mismos datos empíricos (Feijoo, 2011)

Los potenciales evocados también son una prueba utilizada, aunque muy poco frecuente en España: únicamente se ha utilizado – a nivel legal- en tres ocasiones. La primera vez fue en Zaragoza. La funcionalidad principal es medir la información que nuestro cerebro tiene almacenada en su memoria. Es útil porque evita el falseamiento por parte del sujeto al no depender de las reacciones emocionales. Cuando se nos muestra algo que está almacenado en nuestro cerebro, salta una onda llamada P-300 (Soto, 2016).

Siendo más técnicos, como lo definen Cabrera, Fuertes y Gándara (2004, p.103), esta técnica electrofisiológica detecta “la respuesta bioeléctrica cerebral ante determinados estímulos según sean estos y la región cerebral receptora. Puede ser útil para poner de manifiesto patología silente y evitar la simulación ”.

Es un hecho que estos avances, a nivel instrumental, han facilitado que los neurocientíficos se centren en las funciones superiores y no sólo en las más elementales (por ejemplo, arcos reflejo) (Delgado, 2013)

Por otro lado, un ámbito complicado, pero con amplio trabajo para los expertos en esta materia, es la violación y las heridas psíquicas que ésta deja. Es difícil cuantificar el trauma y la profundidad de las secuelas. En ocasiones no existe otra prueba que el testimonio de la víctimas, la cual – estadísticamente hablando - suele mantener algún tipo de contacto con el agresor. También debe contemplarse que la falsa acusación es una realidad (Montejo, 2005)

La neuropsicología forense se ha profesionalizado en la actualidad y, por suerte, tiene el reconocimiento social que merece. No se debe al destino ni al mero cambio de impresiones de la gente, sino que responde a unos motivos determinados (Fernández, 2001):

- La abundante cantidad de estudios, utilizando métodos cuantitativos, que investigan la relación entre el cerebro y la conducta
- Establecimiento de estrategias para inferir, más objetivamente, la presencia, la localización y el tipo de neuropatología.
- La necesidad de tomar decisiones neuropsicológicas en materia legal (por ejemplo, discapacidad) e incluso psicológica (*¿qué intervención es más apropiada?*)
- Especificación de perfiles – conductuales y cognitivos – específicos de cada patología neurológica
- La necesidad de establecer un pronóstico
- Conocer las implicaciones, a nivel psicosocial, de ciertas enfermedades neurológicas

Las aportaciones neurocientíficas han de conducirnos, necesariamente, a mejorar nuestra justicia. Básicamente mediante dos vías: ofreciendo una adecuada orientación preventiva del sistema punitivo y logrando un conocimiento más profundo de la culpabilidad jurídico-penal (Feijoo, 2011)

1.2. Conceptos legales

- Responsabilidad: la responsabilidad se determina al valorar la capacidad cognitiva y volitiva del acusado. Determinando que era consciente de su implicación en el acto y de la ilicitud del mismo (Fernández y Lorente, 2001).

A nivel penal, la responsabilidad depende de la libre elección de actos que el sujeto realiza. Por ello, la imposición de una pena debería presuponer la responsabilidad de un sujeto, es decir, la ausencia -a nivel cerebral- de alteración patológica (Delgado, 2013)

No todo es blanco o negro en tema de responsabilidad penal. Ésta marcará la consecuente culpa (imputabilidad) del sujeto y es importante ser finos en su apreciación. Por ejemplo, un sujeto con un retraso mental puede presentar un retraso profundo o situarse en una inteligencia “límite”. Lógicamente la consideración jurídica no será la misma, pues la capacidad de entender (una de las vertientes básicas) variaría en función del nivel de retraso (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

No obstante, hemos de recordar que la noción de *responsabilidad* le atañe a los profesionales del derecho y el perito no debe pronunciarse sobre la misma. Es el tribunal el que tiene la potestad para dictaminar si es responsable y, en consecuencia, culpable –o no- (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

- **Imputabilidad:** La noción de imputabilidad no es propiedad del perito ni de ningún experto en materia de salud mental o neurociencias. Es un concepto jurídico normativo. Se declara a alguien como imputable, es decir, culpable, cuando podía haber adaptado su comportamiento a la norma jurídica en el momento de cometer un acto injusto, entendido como acción típica y antijurídica (Armaza, 2011)

Un sujeto es imputable cuándo su capacidad de entender y su libertad volitiva no están mermadas, es decir, al percibir la ilicitud del acto delictivo y poder rechazar – a nivel conductual – hacer lo que entiende como antijurídico. Sin embargo, el Código Penal no nos ofrece una definición de imputabilidad. Simplemente menciona las circunstancias que la atenúan o la anulan (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

A diferencia de lo que popularmente se cree, las penas son necesarias en una sociedad civilizada y moderna. La evidencia muestra cómo el castigo (o la amenaza creíble de recibirlo) conduce a generar mayor cooperación, trato amable y respeto. Mucho más incluso que fomentando el buen ejemplo o el refuerzo positivo (premios) (Tobeña, 2017)

Los asesinos son un caso paradigmático en tema de imputabilidad. Un asesino, en serie o único, de tipo organizado suele ser consciente de los actos que lleva a cabo. No tienen, en la mayoría de las ocasiones, una perturbación mental. Lo cual conduce a considerarles suficientemente capaces, mentalmente, para conocer y comprender sus actos (Ressler, 2014)

Es habitual que los asesinos organizados presenten una psicopatía. Estos sujetos, a diferencia de un psicótico (o asesino desorganizado), son “plenamente racionales y conscientes de lo que hacen y por qué lo hacen. Su conducta es el resultado de su elección, libremente realizada” (Alcázar, Verdejo y Bonso, 2008, p. 607)

La psicopatía no es una excepción dentro de los trastornos de personalidad, pues ninguno de los tipos de TP se consideran enfermedades mentales que afecten a la culpabilidad del sujeto, arguyendo que la capacidad de entender y querer - en estos sujetos - no está mermada desde el punto de vista de responsabilidad criminal (STS 5442/2014 de 26 de diciembre).

Otro terreno psicopatológico controvertido es el de las parafilias. En primer lugar, no toda parafilia deriva en un trastorno parafilico. Se constituye trastorno cuando, además de un interés sexual intenso y persistente en algo distinto a la estimulación genital o caricias preliminares, implica un malestar o deterioro en el sujeto e incluso un daño a terceros (APA, 2013)

Las parafilias no reciben un trato jurídico especial. Se considera que por sí solas no producen un detrimento en la libertad del sujeto y , por tanto, en la imputabilidad. Sin embargo, pueden guardar comorbilidad con otros trastornos que puedan influir en una disminución de la capacidad de comprensión o de voluntad (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

La jurisprudencia penal nos indica que los trastornos sexuales, en concreto la parafilia, no suponen una afectación a la capacidad intelectual del sujeto (comprensión de la ilicitud del hecho) y, por tanto, no modifican la responsabilidad criminal. Si un sujeto obra motivado únicamente por una parafilia no supone atenuación, excepto si hay comorbilidad (toxicomanía, alcoholismo, neurosis depresiva...) (STS 5293/2016 de 2 de marzo)

Un ejemplo sobre la libertad del parafílico puro nos lo ofrece una sentencia del Tribunal Supremo. Ésta narra cómo el acusado sabía esperar el momento oportuno evitando correr riesgos innecesarios. Ajustaba perfectamente sus planes para no ser sorprendido. Por ello, se observó un claro control de su voluntad y un entendimiento nítido de lo ilícito del acto delictivo. En las parafilias hemos de entender que una cosa es no poder normalizar la elección de lo que satisface y otra, radicalmente distinta, no tener control voluntario de los actos sexuales (STS 8483 de 29 de diciembre)

Las estadísticas deberían considerarse en estos casos y apreciar las diferencias significativas que nos ofrecen para darnos luz. Únicamente un 15 – 20% de los agresores sexuales reincide en este tipo de delitos (estudios longitudinales de 20 años y meta – análisis así lo demuestran). No obstante, se produce una excepción en ciertos casos. Uno de ellos es la pedofilia: si un sujeto recibe este diagnóstico y es condenado, es un factor de riesgo para la futura reincidencia (Herrero, 2013) (Caso 1; Anexo VII).

Dentro del marco de la imputabilidad, a nivel genérico, sería necesario valorar la libertad del sujeto en el momento de cometer el acto delictivo. La libertad subjetiva – o la experiencia de libertad- no ofrece luz al jurista ni al juez. Como mucho, es útil para la auto-imputación, mas no para la hetero-imputación jurídica. Un ejemplo, para apreciarlo mejor, sería el siguiente: un esquizofrénico, en un juicio, alega que disponía de sus facultades volitivas al acceder a hacer lo que una voz le decía. Sin embargo, el juez optará por la inimputabilidad aun creyéndose el acusado libre en el momento (Demetrio, 2011).

Por último, en opinión de expertos en la materia penal, el perito (psiquiatra, psicólogo, neurocientífico...) no debería hacer referencia al término en sí mismo (imputable o no), sino a la fundamentación del mismo – entendiendo como las circunstancias que pueden alterarla a nivel mental u orgánico esta condición - (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

Por ello, se propone que se diferencia una *imputabilidad psíquica* y otra *jurídica*. La primera responde a lo que el perito dictamina: la relación de causalidad psíquica entre el acusado y el hecho delictivo; la segunda, en cambio, se refiere al dictamen de culpabilidad por parte del juez (Armaza, 2011)

- **Inimputabilidad** (Anexo II, Circunstancias eximentes de responsabilidad criminal)

La inimputabilidad es una condición que se otorga a aquellos sujetos que, en una situación determinada, no podían haber actuado de otro modo. Por tanto, gozar de inimputabilidad implica no ser poseedor de la capacidad de culpabilidad (Armaza, 2011)

Transgredir una norma tipificada en el Código Penal, por tanto, no se traduce inmediatamente en una condena ni en una sanción. Lo que determina la culpa no es cometer un acto ilícito, sino poseer una mente culpable (o con la capacidad de acción e intención preservadas) (Tobeña, 2017)

Al concluir que un sujeto es inimputable, automáticamente no podrá recibir ningún tipo de imposición típica de penas, es decir, tipificada en el Código Penal. No obstante, el juez deberá optar por una de las dos vías: medidas de seguridad o libertad sin condicionamientos. La inimputabilidad en sí misma no implica una medida de seguridad asociada; se debe determinar previamente, para que así sea, la peligrosidad del sujeto (Armaza, 2011)

Por ello, aquellos que, tras pormenorizados análisis, se determine que son inimputables y supongan una amenaza real, no deberían ser encarcelados en prisiones ordinarias. Tienen que estar reclusos en una institución psiquiátrica adecuada (Ressler, 2014)

Las medidas penales alternativas son una realidad en España. Es la manera más óptima de rehabilitar al enfermo mental, excepto aquellos con amplia sintomatología negativa (el deterioro es tal que difícilmente se podrá trabajar con ellos). Existen las *Unidades SERPI* (Servicio especializado en rehabilitación psiquiátrica intensiva) sustentadas bajo un modelo comunitario que busca la inclusión del enfermo mental. El tiempo máximo de estancia son dos años (Jiménez, 2017).

En Francia, desde hace años, existen hospitales psiquiátricos que a la vez son prisiones para delincuentes sexuales. Así evitan la posibilidad de reincidencia y también les proporcionan tratamiento psicológico y médico. ¿Por qué se centran en delincuentes sexuales como un entidad propia y aparentemente más dañina? Fundamentalmente a raíz de la experiencia propia y la evidencia empírica: la mayoría de asesinos en serie - o agresores violentos de algún tipo – casualmente habían sido condenados anteriormente por algún delito de índole sexual y fueron puestos en libertad, algunos incluso antes de concluir su estancia en prisión (Montejo, 2005)

Las medidas mencionadas persiguen tres objetivos. Tal y como expone Jiménez (2017):

- 1. Trabajar la responsabilidad del hecho delictivo**

En agresores sexuales trabajar, de manera concienzuda, la autoestima, incrementa su confianza y favorece una identificación más positivas con sus víctimas, percibiendo – en cierto modo- el daño que han ocasionado (Montejo, 2005)

- 2. Concienciar sobre la enfermedad**

- 3. Adherencia al tratamiento**

- **Circunstancias atenuantes**

En primer lugar, es necesario diferenciar *circunstancias atenuantes* de las *circunstancias eximentes incompletas*. Las primeras suponen una ligera afectación en la capacidad del sujeto, mientras que las segundas suponen una disminución significativa de la capacidad de culpabilidad sin llegar a la inimputabilidad: no comprender la ilicitud o no actuar conforme a la comprensión. En definitiva, la eximente incompleta se dará cuando exista una “conurrencia de una serie de factores que por sí solos no son suficientes para la apreciación de una eximente que haga que la conducta del agente sea completamente irreprochable” (Armaza, 2011).

En los casos mencionados, se pueden asociar también medidas de seguridad. Es decir, una mezcla entre pena ordinaria tipificada y medida de seguridad si se considera que existe riesgo, peligrosidad o necesidad de tratamiento adicional (Armaza, 2011).

El Código Penal nos detalla todas las circunstancias atenuantes (explicitadas todas ellas en el Anexo II). Una de ellas es la siguiente (BOE y Ministerio de Justicia, 2016, art. 21.5):

5.ª La de haber procedido el culpable a reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la celebración del acto del juicio oral.

Contemplando esta circunstancia, se debería atenuar la pena en el caso que se determine <<*voluntad de deshacer*>>. Hace referencia a realizar un “ritual” cuya finalidad es intentar deshacer el crimen (aunque sea imposible la restitución). Esa conducta denota remordimiento. Un ejemplo es el de William Heirens, el cual vendó las heridas de las víctimas a las que había apuñalado una vez muertas (Ressler, 2014).

El art. 20.1 del Código Penal, en su primer punto, reza lo siguiente (BOE y Ministerio de Justicia, 2016):

1.º 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.

Sin embargo, se ha de matizar. Tener una enfermedad mental no es condición suficiente para aplicar una circunstancia atenuante. Así lo recoge la jurisprudencia penal, como ejemplifico con una sentencia del Tribunal Supremo, pues se ha de atender a la particularidad patológica y a la relación causal entre dicha enfermedad y el delito cometido (STS 5442/2014 de 26 de diciembre).

Por otro lado, un diagnóstico psiquiátrico (aun siendo éste muy grave) no es por sí mismo explicativo de un delito. La enfermedad mental debe repercutir en la capacidad de comprender y en la libertad del enfermo, siendo imposible apreciar la ilicitud de el acto criminal o, aun sabiéndolo, verse obligado a acometerlo (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

Jeffrey Dahmer, uno de los más macabros asesinos en serie, nos ofrece un ejemplo de aplicación de eximente incompleta al apreciar las dos vertientes: capacidad de intelección y de obrar. Tal sujeto, en opinión de uno de los mayores expertos en asesinos en serie, era plenamente consciente de lo que hacía – capacidad de intelección - y, lo más importante, sabía distinguir el bien del mal. Sin embargo, era incapaz de adaptar sus actos a lo que sabía que estaba bien – capacidad de obrar - . Por ello, eximirle de la responsabilidad sería injusto, mas también lo sería no contemplar la afectación en su capacidad volitiva (Ressler, 2014)

2. La libertad a la luz de las neurociencias

2.1. ¿Neurodeterminismo o indeterminismo?

La libertad ha sido objeto de la filosofía desde hace siglos. Sin embargo, esta disciplina atestiguó - hace años - la necesidad de converger con los estudios neurocientíficos para tratarla. Incluso se creó una nueva disciplina llamada 'neurofilosofía', la cual surgió en el año 1986 con el trabajo de Churchland, *Neurophilosophy* (Narvaez, 2014)

La mayoría de juristas no se respaldan en las evidencias, o argumentaciones, científicas que hablan sobre la libertad. Creen que estas, sean neurodeterministas o de otro tipo, no aportan valor a la noción que ellos manejan. Para ellos, la libertad, fundamento del derecho penal, es básicamente lo siguiente: “no es la mera posibilidad fáctica de actuar de otra manera en un momento concreto, sino una creación social con la que resulta imposible trabajar en un laboratorio” (Feijoo, 2011)

Nuestro cerebro debería ser el objeto de mayor interés - a nivel humano -, pues éste es responsable de nuestro comportamiento, de nuestra expresión emocional e incluso de la actividad mental (Delgado, 2013)

Algunos, obcecados por el cerebro, optan por teorías extremistas: el neurodeterminismo. Los firmes defensores de esta corriente abogan por disolver el dualismo mente - cerebro. Ellos consideran que la mente no es una cuestión de carácter empírico, sino conceptual (relativa a la relación lógica entre conceptos). Por ello, al ser un objeto no susceptible de verificación mediante experimentación, es ilógico preguntarse acerca de su localización (Demetrio, 2013)

Otras argumentaciones, utilizadas por los neurodeterministas, en contra de la existencia de la “mente” son las siguientes: no existe evidencia de ente inmaterial que sea independiente de las leyes físicas (y deterministas) que modulan nuestro universo; no se ha demostrado la interacción de la mente con la materia (cerebro). Si fuera cierta la unión mente – cerebro, implicaría una clara violación a las leyes de la termodinámica y a la unidad causal del mundo material. En definitiva, se circunscriben a aquello objetivable mediante experimentación (Demetrio, 2013)

Especialistas en el tema, como el famoso Robert Ressler, consideran que existen criminales violentos incorregibles. Abogando por un cierto neurodeterminismo al no considerar el cambio cerebral y, en consecuencia, de conducta. Para él, estos sujetos se portan mejor en condiciones de encarcelamiento que en libertad, “porque la reclusión les aparta de dos circunstancias que posibilitan sus crímenes: la oportunidad de disponer del tipo de víctima y la libertad para acosarla” (Ressler, 2014)

Las teorías neurodeterministas implicarían una clara objeción a la idea tradicional de libertad. Entonces, ¿existe libertad o voluntad? La respuesta neurodeterminista sería claramente que no: la voluntad es una mera ilusión. Las decisiones que tomamos se gestan y ocurren, uno o dos segundos antes que seamos conscientes, en el sistema límbico. Nuestros deseos e intenciones derivan de nuestra memoria emocional de la experiencia – cuya trabajo se desempeña a nivel inconsciente como consecuencia de la fusión funcional de amígdala, hipocampo y nudo ventral y dorsal – (Roth, 2003, citado en Demetrio, 2013)

El otro extremo es considerar que somos plenamente libres. Un indeterminismo, en sentido estricto, rozaría lo absurdo. Nuestras decisiones no son completamente libres; éstas están condicionadas por múltiples factores que no podemos controlar conscientemente (Feijoo, 2011)

Por otro lado, obviar la influencia de estructuras cerebrales es inconcebible. Se sabe, gracias a la evidencia científica, la implicación de ciertos centros neuronales en la toma de decisiones. Sin embargo, no existe suficiente información sobre cómo intervienen los mecanismos neuronales. Por ejemplo, si determinadas regiones del lóbulo prefrontal lateral son anestesiadas, el sujeto mostrará evidentes dificultades para tomar decisiones (adecuadas o no) ante un dilema difícil (Delgado, 2013)

Aun aceptando que el constructo llamado libertad es inexistente, en sentido pleno, debemos aceptar las decisiones libres. Si no es así, sería muy confuso sentenciar a alguien que no es libre y, por tanto, carece de culpabilidad. Las decisiones libres son resoluciones consecuencia de una deliberación mental e independientes, a nivel causal, de un sustrato físico (Soler, 2009)

En una breve síntesis se puede explicar cómo ninguno de los dos extremos– neurodeterminismo e indeterminismo- son explicativos (Demetrio, 2013, p.19):

Ni el llamado <<neurodeterminismo>> ni el puro indeterminismo basado en el <<libre arbitrio>> constituyen una respuesta adecuada al <<problema penal>>. El primero por negar de raíz la libertad de voluntad, el segundo por tomarla como punto de partida para castigar

El dualismo genes – ambiente debería desaparecer a la luz de la evidencia aportada. Es una relación, demostrada empíricamente, bidireccional y de influencia recíproca. No hemos de entender a los genes como candados, sino como cerraduras. Los factores ambientales serían la llave (Verdejo y Tirapu, 2012)

Nuestro cerebro es el órgano pensante, receptor y efector. Sin embargo, el ambiente incide en nuestro cerebro: se ha constatado que una escolaridad apropiada logra incrementar el CI en más del 90% de los niños...Una pobre escolaridad, o de baja calidad, únicamente lo incrementa en el 56% (Corominas, 1977)

2.2. Plasticidad cerebral

La experiencia vital nos modela: tanto las diferencias – cualitativas y cuantitativas- a nivel educativo como los sucesos fruto del azar. Todo lo que vivimos genera cambios sutiles en nuestras conexiones internas e incluso en la química cerebral. Tales modificaciones pueden ayudar a explicar movimientos ulteriores en la conducta (Dutton, 2013)

No podemos obviar, por tanto, la permeabilidad que caracteriza a nuestro cerebro: “es inconscientemente permeable al entorno social y a un entramado simbólico y de valores” (Feijoo, 2011)

Otro hecho que demuestra la maduración continua de nuestro cerebro es la existencia de respuestas aprendidas (Tornese, 2006, citado en Valente, 2014)

Nuestro cerebro no es una estructura rígida y la neuroplasticidad es un hecho. No existe un único mecanismo, pues se modela de distintas maneras: tanto a nivel morfológico, regenerando axones o interviniendo en nuevas sinapsis, como alterando la respuesta celular a los neurotransmisores. Los mecanismos, entre otros, son los siguientes (López, 2012):

- *Sinaptogénesis reactiva*
- *Compensación conductual*
- *Desenmascaramiento*
- *Colaterización*
- *Sinapsinas y neurotransmisores*
- *Potenciación a largo plazo*

Un mecanismo a destacar es la neurogénesis: “la capacidad de producción de neuronas a partir de células progenitoras proliferativas no diferenciadas” (Waxman, 2011, p.17)

En nuestro imaginario colectivo e incluso en la ciencia de corte más tradicional, se ha considerado que la neurogénesis se limitaba al periodo de desarrollo que precede al nacimiento. Sin embargo, la evidencia científica reciente constata la existencia de un número, aunque reducido, de células neuronales precursoras – con capacidad de dividirse y después diferenciarse en neuronas- en el prosencéfalo de mamíferos adultos (incluso humanos). Concretamente se han hallado en la zona subventricular (Waxman, 2011)

Se ha sugerido, incluso, que la neurogénesis posnatal en el giro dentado del hipocampo puede acelerarse en respuesta a un ambiente enriquecedor (Waxman, 2011)

2.3. Cambio de personalidad como consecuencia de alteración neurológica

A nivel clínico, desde hace siglos – aunque en fases germinales - existe el método anatomoclínico, es decir, “correlacionar las ‘lesiones’ con las manifestaciones clínicas que éstas generan” (García y García, 2010)

Un traumatismo craneoencefálico puede generar secuelas neuropsicológicas y cambios de personalidad. Lo más habitual, en cuanto a la variación de la identidad personal, es la presencia de inestabilidad emocional y psicotización (Cardona, 2000)

No es infrecuente, por tanto, la aparición de episodios psicóticos transitorios tras un traumatismo craneal. Incluso, aunque poco frecuente, puede derivar en una psicosis de larga duración (Sciana, 1987)

Por otro lado, un traumatismo craneoencefálico puede derivar en el síndrome frontal, el cual se caracteriza por una marcada desinhibición de la conducta (sexual, agresividad u otro tipo) y una evidente pérdida de introspección. Tales manifestaciones pueden producir problemas significativos a nivel social (Cardona, 2000)

Investigadores de la materia concluyen que no existe una relación causal entre traumatismos craneoencefálicos y trastornos mentales, pero sí una relación indirecta con sus intermediarios químicos (Sciana, 1987)

Se acepta que si bien no existe una relación causal ni directa entre una afectación neurológica y del comportamiento, sí se aprecia una clara correlación en la que intervienen más factores (Soria y Sáiz, 2006)

La determinación orgánica de la lesión le corresponde al médico, mas la valoración de las consecuencias funcionales originadas como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico es labor del neuropsicológico. Éste se encargará de determinar, cuantificando y cualificando, las secuelas que presentan (León, Barroso y Martín, 2001)

Al valorar dichas secuelas se requiere seguir un protocolo determinado (León, Barroso y Martín, 2001):

1. Analizar el funcionamiento premórbido del sujeto (rasgos de personalidad, relaciones interpersonales...)
2. Puntuación Escala de Glasgow (valorar nivel de conciencia tras TCE)
3. Amnesia post-traumática
4. Duración del período de coma
5. Evolución mostrada por el paciente
6. Valoración de la capacidad de orientación
7. Valoración de la capacidad atencional
8. Evaluación de la Hemiinatención (alteración en uno de los hemi-campos visuales) y la Hemianopsia (ceguera en un campo visual)
9. Valoración del funcionamiento Mnésico
10. Valoración del lenguaje
11. Valoración del funcionamiento ejecutivo y de la capacidad para resolver problemas
12. Valoración de la capacidad intelectual
13. Valoración de la capacidad sensitiva y motora
14. Valoración de las capacidades aritméticas y de cálculo
15. Valoración de la capacidad Visoperceptiva y Visoconstructiva
16. Valoración Funcional y de las Actividades de la Vida Diaria
17. Valoración de los factores emocionales y de personalidad

18. Apreciar la simulación y prestar atención a los sujetos con daño cerebral moderado

En cuanto a los tumores cerebrales, éstos producen alteraciones del estado mental en el 15-20% de los sujetos afectados. Una perturbación que puede ir desde una leve alteración de la memoria hasta estados confusionales, incluso puede presentar graves alteraciones a nivel conductual (Cardona y Rey, 2000)

Es tal la afectación de los tumores cerebrales que incluso se hallan casos de delincuentes como consecuencia de los mismos. Un ejemplo es el del pederasta que presentaba un tumor cerebral en la parte derecha orbitofrontal, tal y como lo expone Feijoo (2011):

Un profesor de cuarenta años, acusado de pederastia y de consumo de pornografía infantil, es detenido y se le practica terapia hormonal. El éxito es nulo, pero en prisión descubren, al referir que le dolía la cabeza, que presentaba un tumor.

Inmediatamente se le extirpó el tumor y, al poco tiempo, se le dejó en libertad considerando que no era peligroso. Tres meses después, le duele la cabeza de nuevo y, simultáneamente, vuelve a coleccionar pornografía infantil. Volvía a tener un tumor en la misma región... Se le extirpó y sus tendencias sexuales, ciertamente anómalas, desaparecieron.

La epilepsia también guarda relación con alteraciones conductuales. Es habitual que, en pacientes con epilepsia, especialmente en el lóbulo temporal, presenten hipermotricidad y marcada agresividad (Clark, Boutros y Mendez, 2012)

Incluso hallamos evidencias de alteraciones comportamentales en pacientes que sufren esclerosis múltiple. Ésta tiene muchas afectaciones en la vida de la persona: efectos mentales y emocionales (estrés, depresión, manifestaciones psiquiátricas, conducta de afrontamiento...); alteración de la autoimagen; incidencia a nivel interpersonal y a nivel laboral (Murray, 1995)

Un cambio de personalidad es altamente frecuente en pacientes con esclerosis múltiple. Los expertos arguyen dos posibles motivos (Murray, 1995):

1. **A nivel psicológico.** Reacción anómala a padecer una enfermedad crónica que presenta muchas recaídas.

2. **A nivel orgánico.** A causa de la desmielinización central.

Es un hecho que si se sufre de esclerosis múltiple, existe mayor probabilidad de comorbilidad psiquiátrica que en una persona saludable. Los neurólogos sugieren que, aproximadamente, entre el 21 - 75% de los pacientes con esclerosis múltiple, reciben un diagnóstico psiquiátrico (Rao, 1986)

Por otro lado, pero conectando con la afectación de daños a nivel cerebral, es necesario hacer mención a la neurogénesis. Si no hubiese en adultos ningún tipo de neurogénesis – como tradicionalmente se ha creído –, la muerte neuronal consecuencia de algún daño patológico a nivel cerebral sería irreversible: el número de neuronas se vería reducido de forma permanente. Sin embargo, la evidencia afirma que existe neurogénesis en adultos, aunque deben incidir más en este campo de estudio, lo cual indica que pueden surgir estrategias para restaurar la funcionalidad después de lesiones a nivel del sistema nervioso central (Waxman, 2011)

Tal y como expone Sciana (1987), la relación entre la lesión cerebral con el posterior desarrollo de psicosis u otros problemas es un cuestión médico-legal que necesita resolverse.

3. La agresividad como una entidad explicativa

3.1. Definición, subtipos y respuesta neurojurídica

Definir la agresividad resulta un trabajo complejo (a nivel clínico y legal). La mayoría de psicólogos hablan de un instintito que, en principio, guarda una función adaptativa. Sin embargo, se puede manifestar de manera desadaptativa mediante la violencia. Se acepta que todos somos “agresivos”, mas no violentos (Dresdner, 2009)

Incluso algunos contemplan que tanto la agresividad como la violencia son expresiones naturales de nuestro comportamiento humano. Expresiones marcadas especialmente en dos fases, llamadas de rebeldía. En la primera, la agresión se origina, en el 80% de los casos, con 17 meses. A partir de los cuatro años presenta un descenso. Sin embargo, en la pubertad aparece de nuevo: la segunda etapa de rebeldía. En este caso, los comportamientos manifestados son agresivo-delincuenciales (Roth, 2013)

Los estudios de Karl Lorenz determinaron la existencia de un instinto universal de agresión. Tal naturaleza guarda funciones diversas: controlar la población, seleccionar a los mejores para la reproducción de la especie, defender el territorio y, por supuesto, mantener la organización social (Lorenz, 1966, citado en Soria y Sáiz, 2006)

La violencia, manifestación desordenada de la agresividad, se halla contemplada en los códigos penales: los delitos violentos. Tal conducta hace referencia a transgredir la norma legal y provocar una lesión de tipo física - o psicológica- e incluso la muerte de un tercero (Dresdner, 2009)

A lo largo de la historia, la agresividad se ha categorizado de muchas maneras. Hoy en día, la conceptualización dicotómica es la que mayor aceptación recibe (Andreu, 2009) (Ver Anexo V):

-Agresión **reactiva** (impulsiva). Su fin último es agredir de manera inmediata, siendo una agresividad afectiva, hostil y reactiva.

-Agresión **proactiva** (premeditada). La agresividad es un medio, no un fin. Hace uso de la misma para lograr un fin ulterior. Suele haber una planificación y meditación previa. Por ello, se caracteriza por ser instrumental, controlada y proactiva.

Algunos, con argumentación y evidencia científica, afirman la existencia de una triple tipología: *agresividad impulsiva* (presentan un pobre control emocional, hiperactivación motora e incluso poca empatía. Tras cometer el acto delictivo, suelen manifestar arrepentimiento superficial); *agresividad proactiva* (instrumentalizan la agresividad de forma consciente para obtener beneficios ulteriores. Es habitual que presenten estabilidad psíquica); *agresividad proactiva – psicopática* (similar a la anterior, pero en sujetos con un perfil psicopatológico determinado: un trastorno de personalidad antisocial subyacente, el cual es explicativo del comportamiento) (Roth, 2013)

No obstante, lo cierto es que, desde la comunidad científica, no se ha logrado un absoluto consenso sobre la definición – ni las tipologías – de agresividad. La conducta agresiva, analizando los manuales diagnósticos, se tilda de síntoma psiquiátrico inespecífico (López Ibor y Crespo, 2005, citados en Dresdner, 2009)

En cuanto a la respuesta neurojurídica, es lógico que no se valore de igual manera la agresividad reactiva que la proactiva en casos de violencia. Para ello se requiere el diagnóstico diferencial de un perito, el cual concluirá la peligrosidad del sujeto en función de la preponderancia de una u otro tipo de agresividad (Soria y Sáiz, 2006)

Es un hecho que la violencia se profesionaliza. El 4-5% de la población desempeña un trabajo enfocado en dañar o perjudicar a los demás. Es decir, instrumentalizando la agresividad (Tobeña, 2017)

Otro ejemplo de instrumentalización, fuera del 5% anterior, de la agresividad se podría dar en las altas esferas empresariales. Hay teorías que ponen el punto de mira en los sujetos psicopáticos como causantes de la crisis financiera mundial. Tras la máscara de cordialidad, liderazgo y carisma, se esconde una gran avaricia y una tendencia a moverse por el propio interés en detrimento de los otros. Hay pruebas para detectar la psicopatía con alta fiabilidad, una buena medida para dejar paso a líderes con conciencia (Boddy, 2011)

El defraudador Bernard Madoff, movido por el dinero y el estatus, engañó reflexiva y perspicazmente a miles de personas por una cantidad económica que ascendía los miles de millones de dólares. Urdió un fraude a través de una compleja estafa piramidal (Tobeña, 2017)

Ejemplos de consideraciones jurídicas se hallan en el Código Penal, pues en éste se establecen – como circunstancias agravantes – la alevosía, es decir, asegurarse que se cumpla el delito (concretamente asesinato) y el hecho de ejecutarlo con una finalidad ulterior - léase precio, recompensa o promesa- (BOE y Ministerio de Justicia, 2016).

Tales circunstancias ejemplificadas se dan perfectamente en la agresividad proactiva, mas no en la impulsiva. La agresividad premeditada instrumentaliza la conducta para lograr un interés más allá de la misma y suele asegurarse que se cumpla al haber planificación (Andreu, 2009)

La agresividad se torna circunstancia atenuante si ésta es impulsiva, es decir, responde de manera fulminante a estímulos inmediatos. Sin embargo, si el margen temporal entre la causa de la reacción violenta y la conducta agresiva es amplio (premeditación y reflexión), la circunstancia atenuante es incompatible (ATS 1931/2014 de 20 de noviembre)

La excepción la encontraríamos en un caso de esquizofrenia con delirios muy estructurados. El enfermo puede preparar el hecho delictivo durante mucho tiempo, incluso años, pero no se concluye que exista una fría premeditación dado que es una preparación propia de un delirio estructurado. Por ejemplo, si tiene la firme, y patológica, convicción de que le quieren dañar y se asegura durante meses de cómo atacar a la persona (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004)

3.2. Bases neurocientíficas de la agresividad

En este apartado expondré las evidencias neurocientíficas sobre la agresividad: estructuras y conexiones cerebrales implicadas.

De manera générica, las dos zonas neurobiológicas más implicadas en la conducta agresiva son la amígdala y la corteza prefrontal. La primera se correlaciona con una conducta de tipo impulsivo (reactiva), mientras que la segunda guarda relación con la conducta agresiva premeditada (Andreu, 2009)

La violencia impulsiva podría responder a una limitación funcional de las áreas prefrontales y/o a una hiperactivación de regiones límbicas subcorticales. En cambio, la violencia proactiva no guarda un claro correlato con esta estructura: no suele haber una reducción en la actividad prefrontal (Raine, 1998, citado en Roth, 2013)

El lóbulo frontal, sin lugar a dudas, es la zona más estudiada para entender nuestro comportamiento. Incluso Alexander Luria le dedicó especial atención cuando pretendía superar el dualismo mente – cerebro, buscando nexos entre los procesos cerebrales puramente fisiológicos y las experiencias – de índole psíquica-manifestadas en la conciencia (Marco, 2011)

Tal zona – el lóbulo frontal – representa más de una tercera parte de el área cortical y, además, las áreas motoras incluidas en ella controlan las acciones de nuestro cuerpo (Clark, Boutros y Mendez, 2012)

Las áreas frontales son responsables de las funciones ejecutivas; se pueden clasificar en cuatro categorías: formular metas (o necesidades); establecer una planificación para lograr la meta; implementar los pasos necesarios y concluir, de forma efectiva, el plan meditado (León y Barroso y Martín, 2001)

A nivel funcional, ofrece orden a la conducta humana. Es responsable de nuestra autorregulación e incluso de la autoconsciencia, luego es lógico indicar que moldea nuestras actitudes (Clark, Boutros y Mendez, 2012)

La correlación que suele establecerse entre daño en el lóbulo frontal y criminalidad, es compleja de precisar y medir. Sin embargo, si el lóbulo frontal resulta dañado, es altamente probable que se deteriore la intuición, el control de los impulsos y la previsión; tales alteraciones pueden generar un comportamiento socialmente inaceptable (Alcázar, Verdejo, Bonso, 2008)

Siendo más específicos, la corteza prefrontal – parte del lóbulo frontal – nos brinda la capacidad de juicio; tal aptitud facilita la adaptación continua de nuestro comportamiento con la finalidad de optimizar su resultado (Clark, Boutros y Mendez, 2012)

Otra zona sensible al daño, dentro del lóbulo frontal, es la superficie orbital. Una alteración en ese nivel estructural, suele conducir al llamado *síndrome 'pseudopsicopático'*. El sujeto que lo padece se caracteriza por: demandar, continuamente, gratificación instantánea; no tener miedo al castigo y, entre otras, no percibir las limitaciones establecidas por las costumbres sociales. El caso más conocido fue el de Gage (Alcázar, Verdejo, Bonso, 2008)

Si la región prefrontal medial es anestesiada, el sujeto manifestará problemas en la inhibición de su comportamiento y dificultades en la adecuación de su comportamiento a una conducta social normalizada (Delgado, 2013)

El sistema límbico es otra zona a considerar. Éste está sujeto a las funciones básicas asociadas a la supervivencia: comportamiento orientado a la alimentación, conductas de “pelea o huida”, manifestación emocional y agresión (Waxman, 2011)

Dentro del sistema límbico se hallan dos estructuras que se correlacionan con la agresividad de manera directa: hipotálamo y amígdala (Waxman, 2011)

El hipotálamo es una de las regiones más importantes para el ser humano, dado que contribuye a la regulación y liberación de hormonas de la glándula pituitaria, favorece el mantenimiento de la temperatura corporal y está implicado en la organización de conductas con búsqueda de objetivos como alimentarse, beber, reproducirse y la agresividad. A pesar de ser una región tan compleja, únicamente ocupa el 0,15% del volumen del cerebro humano (Clark, Boutros y Mendez, 2012)

La amígdala es una estructura esencial en el ser humano; se encarga del procesamiento emocional de los estímulos sensoriales. Por ello, nos permite que dotemos de significado afectivo a las señales estimulatorias (Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz, 2011)

Una estimulación eléctrica de la amígdala, en humanos, conduce a reacciones de temor, ansiedad, ira y agresión (Waxman, 2011).

Por otro lado, estimular eléctricamente - o infundir acetilcolina - en el hipotálamo lateral posterior conduce a un comportamiento altamente agresivo en animales (Kruck, 1991, citado en Clark, Boutros y Mendez, 2012)

En sujetos que presentaban rasgos marcadamente antisociales se ha llevado a cabo amigdalectomía. Si bien reduce la agresividad, una consecuencia colateral suele ser la hipersexualidad (Waxman, 2011)

La amígdala no es la única zona extirpada. El hipotálamo lateral posterior es una región que ha sido, de forma quirúrgica, destruida para tratar el comportamiento agresivo (Tonkonogg y Gelles 1992, citado en Clark, Boutros y Mendez, 2012)

En definitiva, la evidencia – en cuanto a la extirpación y la anestesia de ciertas zonas- ha concluido lo siguiente: anestesiar el núcleo amigdalino, la zona ventral del estriado y/o la corteza prefrontal medial, conduce a un estado de calma en un sujeto que previamente estaba marcadamente exaltado o incluso enfadado (Delgado, 2013)

Una zona con gran interés neurocientífico es la Ventromedial. Está situada en la corteza prefrontal, concretamente en las áreas 10, 11, 12 y 47 de Brodmann. Dentro de la zona prefrontal, es la única que está conectada estrechamente (y de manera recíproca) con la amígdala (Contreras, Catena, Cándido, Perales, y Maldonado, 2008)

La zona ventromedial del prefrontal es responsable de modular la parte emocional de nuestra actividad cognitiva. Su función es mediar entre las zonas encargadas de la cognición y las que regulan las emociones (Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz, 2011)

Tanto la región ventromedial como la orbitofrontal, de la corteza prefrontal, regulan las decisiones que guardan relación con un dilema moral. Así lo han atestiguado estudios de neuroimagen realizados a sujetos sin patología neurológica ni psiquiátrica (Tobeña, 2017)

Por ello, una lesión en esa zona, ventromedial, podría ser altamente perjudicial. Tal y como explica Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz (2011, p. 24):

Puede provocar la interrupción de la principal vía de comunicación entre las áreas emocionales y las estructuras de procesamiento cognitivo del cerebro, y privar así a estas últimas de información afectiva esencial para llevar a cabo su función de manera acorde con las metas del organismo

Lo cierto es que los delincuentes violentos impulsivos reincidentes son los que mayores anomalías, a nivel estructural y funcional, presentan (Roth y Grischa, 2008, citados en Feijoo, 2011)

Los individuos psicópatas, en concordancia con todo lo explicado, manifiestan un marcado déficit en la integración de la emoción con la razón y la conducta. Se debe, fundamentalmente, a una disfuncionalidad (y a unas diferencias estructurales) en el lóbulo frontal y en la corteza ventromedial; tales estructuras cerebrales se asocian con la toma de decisiones, la autorregulación e incluso con la reversión del aprendizaje (Alcázar, Verdejo y Bonso, 2008)

La neuroquímica nos ofrece respuestas a la conducta agresiva. La serotonina y los núcleos del rafé tienen la responsabilidad de regular nuestro sueño, dolor, una gran variedad de funciones instintivas y neuroendocrinas. Pero también están implicados, especialmente la serotonina, en el comportamiento agresivo (Clark, Boutros y Mendez, 2012)

Nuestra impulsividad está condicionada, entre otras cosas, por el nivel de serotonina en el cerebro. El consumo de alcohol puede conducir a disminuir el nivel de serotonina y, por tanto, aumentar el grado de impulsividad (Raine, 1999, citado en Soria y Sáiz, 2006)

Un ejemplo claro de la afectación psicosocial de alteraciones neuroquímicas lo expone Feijoo. Él explica que un chico joven, con niveles bajos de serotonina y un deficiente desarrollo a nivel emocional, tiene una enorme vulnerabilidad – o mejor dicho: predisposición - a delinquir (Feijoo, 2011)

La agresividad, de forma générica, recibe influencia de nuestro nivel de testosterona en circulación. Si consumimos esteroides, ésta aumenta y, con ello, nuestra agresividad manifestada (Raine, 1999, citado en Soria y Sáiz, 2006)

La neurofisiología de un psicópata guarda una casuística determinada. Según expertos, el cerebro de estos sujetos está menos conectado. Algo que no nos debería extrañar, pues las ondas theta – asociadas a estados letárgicos, somnolientos o mediativos en sujetos no psicópatas- ocurren durante estados de vigilia en psicópatas. Es posible, incluso, que se den en estados de máxima excitación (Dutton, 2013)

3.3. Delictogénesis

Al considerar el origen del delito, he apreciado que lo sexual tiene un papel muy relevante en el mismo. En concreto la pornografía. Investigaciones en esta materia han demostrado que una breve exposición, a formas violentas de pornografía, puede conducir a un comportamiento antisocial: mayor agresividad, menor sensibilidad al dolor y al sufrimiento de las víctimas de violaciones...Y mayor disposición a aceptar mitos sobre la violación (Montejo, 2005)

Incluso en otros estudios, el material pornográfico no era violento y algunos sujetos, posteriormente, presentaban una mayor predisposición a utilizar su fuerza en las relaciones sexuales. En definitiva, las conclusiones científicas afirman que la pornografía puede influir negativamente en la configuración de la agresividad, pero es cierto que se requiere una personalidad con una marcada búsqueda de sensaciones (sin límites incluso) y con escasos valores de tipo moral que faciliten la escalada en las fases (Montejo, 2005)

Cuando hago mención a la “escalada”, me refiero al proceso que favorece que un adicto a la pornografía se transforme en alguien violento posteriormente. El proceso, a nivel etiológico y de mantenimiento, se explica desde un enfoque cognitivo-conductual. Tal y como delimita Montejo (2005):

- 1. Período de adicción.** Empieza el primer contacto con el material pornográfico. De manera progresiva, buscará incrementar el consumo.
- 2. Período de escalada.** La pornografía “convencional” ya no será suficiente, no le estimulará; en ese momento, necesitará buscar material más perverso, duro y crudo.
- 3. Período de desensibilización.** Es una fase crucial del proceso, pues el sujeto acepta y tolera aquello que - en un principio - le generaba repugnancia y le chocaba. La culpa es inexistente y la conciencia no se ve perturbada.
- 4. Período de actuación.** El sujeto ha dejado de sentirse estimulado por lo que ve, de manera pasiva, y necesita actuar para sentirlo en su piel; es aquí cuando la violencia se pone en práctica al imitar la conducta aprendida (sea mediante la fuerza o el permiso del otro).

Lo explicado se entiende mejor al analizar la motivación subyacente a los crímenes sexuales. Según el experto en asesinatos en serie del FBI, siendo 23 años agente especial en la Unidad de Análisis de la Conducta, estas son las causas (Safarik, 2016):

- El 10% de los crímenes sexuales responden a los instintos primarios.
- El 20% de los crímenes sexuales proceden de una respuesta, de tipo fisiológica, dada por nuestro cuerpo al deseo sexual.
- El 70% de los crímenes sexuales, más de la mitad, se gestan en lo mental. Es decir, en dónde se desarrollan las fantasías.

Incluso crímenes que, aparentemente, no son sexuales - al no presentar una conducta de coito o similar -, también lo son. Eso lo explica el término *necrofilia regresiva*. Hace referencia a la utilización de cuchillos - o similares - en sustitución del aparato sexual masculino. La satisfacción obtenida del crimen, por tanto, es de índole sexual. Eso hace que aumente la probabilidad de atacar de nuevo (aún con tratamiento), dado que el impulso sexual no se merma (Ressler, 2014)

En Alemania se realizó un estudio para analizar los trastornos mentales presentes en delincuentes sexuales, obteniendo dos conclusiones generalizables (Leue, Borchard y Hoyer, 2004) :

1. Existen dos grupos: los parafilicos y los que tienen una personalidad marcadamente impulsiva - sin parafilia -. Los primeros guardaban una fuerte relación con la fobia social, mientras que los segundos presentaban alta prevalencia de depresión mayor.
2. Ciertos trastornos mentales y de personalidad fueron comunes en prácticamente todos los delincuentes sexuales: trastornos de ansiedad, del estado del animo, consumo de tóxicos, trastornos de la personalidad B y C.

Otro debate, que guarda estrecha relación con lo comentado, es si la enfermedad mental es explicativa de los hechos delictivos, si existe relación causal entre enfermedad mental - delito. En términos generales, no suelen presentar mayor peligrosidad que sujetos con plena salud mental. No obstante, es de recibo reconocer que ciertas enfermedades generan mayor delictogénesis y correlacionan con delitos (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004):

Trastornos de ansiedad:

- Delitos por omisión
- Conductas imprudentes o negligentes

Trastornos del estado de ánimo:

- Homicidio por compasión
- Delitos por omisión
- Lesiones a terceros cuando éstos se oponen a sus deseos (cuadro maníaco)
- Estafa, apropiación indebida, intrusismo (cuadro maníaco con predominio de ideas delirantes de grandeza)

Psicosis:

- Alta peligrosidad al inicio de la enfermedad (al existir una marcada percepción de la desestructuración de su mundo, tanto interno como externo).
- Homicidio (especialmente en el ambiente familiar cercano)
- Agresividad llamativa e ilógica

Otra pregunta que nos puede surgir es: ¿Aquellos que agreden a sus parejas son enfermos mentales? Si bien es cierto que los expertos en materia de salud mental determinan que no existe un perfil psicopatológico específico en aquellos sujetos denunciados por violencia de género, no implica que la correlación enfermedad mental – agresión a la pareja sea inexistente. ¿Por qué? Porque sí llegan al acuerdo que se presenta una alta – y significativa – prevalencia de alteraciones a nivel mental en estos sujetos, mas no un perfil psicopatológico concreto (Gallo, 2017)

Si atendemos al diagnóstico de depresión mayor, éste se correlaciona débilmente con una actitud delictiva. Sin embargo, se ha hallado que los adolescentes con depresión son un potencial peligro, dado que suelen desarrollar trastorno de uso de sustancias. Los efectos de este trastorno comórbido - impulsividad, agresividad o irresponsabilidad - junto a un aprendizaje vicario de modelos antisociales –tanto a nivel cognitivo como comportamental-, pueden facilitar que ese joven depresivo desarrolló un Trastorno antisocial de la personalidad (TAP) (O.M.S., 2004)

Tal y como indica la OMS (2004, p.189): “el uso de sustancias puede ser uno de los principales mediadores entre la depresión y el TAP durante la adolescencia y las primeras etapas de la edad adulta”

Algunos autores sostienen que la dependencia a las drogas responde a un desorden cerebral; concluyendo que la conducta de un consumidor de tóxicos guarda relación directa con un trastorno mental, siendo éste su causa. En el caso citado anteriormente podría ser la depresión (Valente, 2014)

Como es sabido, el TAP (Trastorno Antisocial de la Personalidad) sí que se correlaciona con conductas delictivas – a diferencia de la depresión-. Los sujetos que lo padecen suelen presentar altas tasas de delitos (con alta probabilidad de que éstos sean violentos), baja respuesta al tratamiento y alta reincidencia (Alcázar, Verdejo y Bonso, 2008)

La estrecha vinculación entre psicopatía y criminalidad es una cuestión asumida por la mayoría de expertos en esta materia. El contacto habitual con el sistema judicial así lo acredita (Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz, 2011)

Analizando el total de la población, la psicopatía está infrarrepresentada, mientras que en la población reclusa representa el 25% del total (Alcázar, Verdejo y Bonso, 2008)

Sin embargo, es cierto que un psicópata –*per se*- no siempre cometerá actos delictivos; la alta correlación entre psicopatía y criminalidad responde a que las características de personalidad de estos sujetos (carencia de empatía, mentira patológica, ausencia de remordimientos, manipulación...) les hacen más propensos a cometerlos (Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz, 2011)

Otra enfoque distinto lo aporta el catedrático de Psiquiatría Adolf Tobeña, el cual afirma que los psicópatas no representan más del 20% de los reclusos totales. Entre el 15-25% en las prisiones españolas. Luego se entiende que la inmensa mayoría de delitos deben ser cometidos por sujetos ordinarios (o no psicópatas). Sin embargo, los pertenecientes a ese porcentaje, tan aparentemente nimio, son causa del 50% de los delitos violentos (Tobeña, 2017)

Queda demostrada, por tanto, la influencia de las drogas en la generación de rasgos violentos y comportamientos agresivos (al mediar en la aparición del TAP). Sin embargo, hay autores que le quitan peso al abuso de sustancias como origen/causa de delitos. Uno de ellos es Robert Ressler al referirse a los asesinos en serie, pues menciona que muchas veces éstos tratan de atribuir sus actos al alcohol o a las drogas. Sin embargo, si bien las sustancias tóxicas pueden liberar nuestras

inhibiciones, prácticamente nunca mantienen una relación causal con los actos criminales (Ressler, 2014)

La esquizofrenia u otras patologías endógenas no son consecuencia de las drogas, sino que el consumo de tóxicos desemboca en un “efecto desinhibidor de la psicopatología latente y exacerbador de rasgos de carácter en personalidades anómalas” (Cabrera, Fuertes y Gándara, 2004).

Aunque podamos debatir la relación causal establecida entre drogas y violencia o delitos, no debemos desestimar la relación correlacional. Es un hecho, acreditado en investigaciones científicas, que las sustancias psicoactivas modifican nuestra conciencia, alteran nuestro estado de ánimo e inciden en los procesos de pensamiento del sujeto al consumirlas (Valente, 2014)

El caso del adolescente, citado con anterioridad, puede ser más sintético aún (mirado desde otro prisma): Si un joven con depresión, mantiene unos niveles bajos de serotonina y en su infancia ha recibido un pobre desarrollo emocional, “es una bomba a punto de estallar” (Feijoo, 2011)

Por otro lado, y en la línea de la adolescencia problemática, es extremadamente difícil prevenir un Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) a esas edades y, mucho menos, diagnosticarlo. Tal y como expone Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz (2011):

- 1) Nunca se debe etiquetar a un niño como *psicópata*; únicamente, en el caso que sea necesario, hacemos referencia a *rasgos psicopáticos de la personalidad*
- 2) Evidente similitud entre los ítems que evalúan la psicopatía y las reacciones comportamentales de los adolescentes al transitar por esta etapa del desarrollo. Por ello, no se debe confundir una evolución normal en el desarrollo con una entidad patológica como la psicopatía.

Para ser más concretos - en cuanto a la relación entre ítems de psicopatía y adolescencia-, hay autores que especifican los rasgos que se dan en ambos. No obstante, en la adolescencia – si únicamente se circunscribe a esa etapa- no suele tener una preocupación clínica ni determina peligrosidad (Seagrave y Grisso, 2002, citados en Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz, 2011):

- **A nivel interpersonal/afectivo.** Grandiosidad, no acatar ni aceptar las responsabilidades impuestas, falta de empatía y de remordimiento.
- **A nivel comportamental.** Fundamentalmente se halla en la búsqueda de la propia identidad; los adolescentes tienden a buscar estimulación externa y probar ciertas conductas de alto riesgo, tales como consumo de tóxicos o rebelarse ante la autoridad. Son comportamientos que, en principio, se estabilizan, se menguan o desaparecen por completo.

La adolescencia nos puede confundir, pero hay ciertos rasgos en adolescentes que se correlacionan significativamente con problemas criminales en adultos. Un ejemplo evidente es el rasgo de insensibilidad emocional; si presenta puntuaciones elevadas, es predictor de un comportamiento adulto criminal (McMahon, Witkiewitz y Kotler, 2010)

La predicción anterior se tildó como significativa al realizar un estudio longitudinal para encontrar la validez predictiva del rasgo de insensibilidad emocional. La evaluación del mismo se hizo mediante el *Antisocial Process Screening Device* (APSD) (McMahon, Witkiewitz y Kotler, 2010)

Por último, hay adolescentes - e incluso niños- que presentan ciertas afectaciones neurobiológicas. Concretamente hago referencia a aquellos que, por su morfología y funcionalidad cerebral, no son capaces de aprender del castigo, no procesan de la misma manera las expresiones emocionales de los demás y no disponen de frenos naturales para inhibir su comportamiento. Estos adolescentes guardan relación con un mal pronóstico – en cuanto a delincuencia – al resultar complicado su socialización (Halty, Martínez, Requena, Santos y Ortiz, 2011) (leer Anexo VI)

Además, una relación social limitada en la adolescencia, es algo muy frecuente en agresores sexuales sádicos (Ressler, 2014)

Desde otro prisma, al analizar el origen de un delito, la victimología puede ser otra herramienta de gran utilidad. Estudiar las causas por las cuales esa persona ha sido víctima de un delito. Entender el porqué nos permite averiguar el riesgo potencial de un determinado tipo de víctima (Safarik, 2016)

Las prostitutas son una víctima habitual de los asesinos en serie. Tal afirmación responde a dos cuestiones: por un lado, se cosifica y únicamente se percibe a la prostituta como algo carnal; por otro lado, el sexo es un factor de motivación - lo cual refuerza mi explicación inicial- (Ressler, 2014).

Existe otro factor de vulnerabilidad: el anonimato. Muchas prostitutas, con pocos recursos, no tienen una red familiar ni de amigos estrecha y ejercen su labor en los márgenes de la sociedad. Eso fomenta que, al desaparecer, no se note su ausencia y los asesinos lo aprovechan (Ressler, 2014)

El anonimato también facilita que los consumidores de pornografía escalen niveles en su escala del morbo y accedan a sitios que, con anterioridad, les repugnaban. Las terapias de grupo ayudan que salgan del anonimato y previene conductas violentas. Por ello, es bueno detectar adictos a la pornografía o alertar a sujetos que consideran que lo son sobre sus consecuencias ulteriores y potencialmente dañinas (Montejo, 2005)

La gran ciudad ofrece un ambiente perfecto para desarrollar conductas potencialmente violentas: alienación, anonimato y sentimiento de rabia. Razón por la cual es tan infrecuente la existencia de asesinos en serie en pueblos, pues cualquier conducta desviada de la normalidad se detecta con facilidad y se propaga a gran velocidad (Ressler, 2014)

Sin embargo, la victimología no es una ciencia exacta. Existe el "riesgo situacional", pero al menos reduce sustancialmente la probabilidad de ocurrencia en perfiles de víctima determinados. Es útil en prevención. Las posibilidades de que algo suceda son infinitas, por tanto, lo posible no lo podemos gestionar; sólo podemos controlar el entorno de lo probable (Safarik, 2016)

A modo de prevención del delito, una buena iniciativa sería regular las leyes referidas a la pornografía. Un profesor universitario Cass Sunstein analizó cómo afectan las leyes sobre pornografía a la violencia comunitaria. Las conclusiones fueron las siguientes: los países que han liberalizado su uso y divulgación (léase Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia y los países escandinavos) han sufrido un aumento considerable en el número de violaciones; aquellos que se han mantenido neutrales, han visto un crecimiento menos acusado en violaciones; sin embargo, en los países que han abogado por adoptar ciertas restricciones, las tasas de violaciones han disminuido (Montejo, 2005)

4. Casos prácticos

En este apartado, expondré tres casos judiciales de relevancia neurocientífica. Todos ellos son reales y fueron defendidos por el Dr. Luís Borrás Roca.

A lo largo de estos casos, haré referencias a artículos que aparecen en el Código Penal español. Tanto las circunstancias atenuantes/ eximentes como las medidas de seguridad, se encuentran detalladas en los anexos II y III (BOE y Ministerio de Justicia, 2016). Los diagnósticos los haré recurriendo al CIE-10 (O.M.S, 1992) y al DSM-IV (APA, 2002).

CASO 1. Abuso sexual a menores (Anexo VII)

Historia

El Sr. XX, de 32 años, mantiene una vida – aparentemente – normal. Su infancia es descrita como agradable y no refiere ningún tipo de problemática. Si bien no cursó estudios de bachillerato ni universitarios, realizó un ciclo formativo para especializarse en actividades relacionadas con el ocio y ser monitor.

Desde los 15 años, ha realizado trabajos con niños, incluso llegó a ser director de una empresa de actividades de ocio y director de un casal de verano.

A los 13 años, refiere y acredita con informes médicos, sufrió un accidente mientras iba en bici, cuya consecuencia fue una fractura en el cráneo en la parte frontal y un pequeño hematoma epidural derecho, una hemorragia subdural, discreto borramiento de las cisternas de la base del tercer ventrículo compatible con edema, estructuras de la línea media centradas y hematoma de partes blandas frontal izquierdo. Todo ello valorado mediante TAC.

A los 21, mientras se encontraba en el interior de un coche de la rúa de carnaval, se intoxicó gravemente con monóxido de carbono. Inmediatamente perdió la conciencia y se dictaminó, posteriormente, que tenía en sangre un 46,2% de monóxido de carbono. Tal cifra se traduce en una evidente afectación neurológica.

Delito:

- Varios delitos de abusos sexuales continuados a menores de 13 años. Se probó abuso de 17 niños entre 4 y 9 años durante el período 2011-2012 (**art. 181, art 182** – dan respuesta general al abuso sexual – y **art. 183** –referido a los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años-)
- Tenencia de pornografía infantil (**art. 189**; hace referencia al material pornografía infantil y a su lucro)

Pena impuesta

Desde la fiscalía se exigían 105 años, pero finalmente se redujo a dieciséis y medio.

De la responsabilidad penal se derivó una responsabilidad civil, pues se le condenó a pagar 6.000 euros a cada niño (exceptuando el caso del niño que grabó mientras el Sr. XX le realizaba una felación; en ese caso, debió indemnizarle con 12.000 euros). En el **art. 110** nos habla de indemnizar cuándo se ha producido perjuicio material y moral. En el **art. 116**, narra que si hay daños (o perjuicios) se deriva – de la responsabilidad penal- una civil. Como en este caso.

La pena impuesta fue complementada con una libertad vigilada durante 10 años después de su excarcelación. Lógicamente en ese período se imponía una orden de alejamiento de 500 metros de las víctimas. Tampoco podrá ejercer ningún empleo público o profesión que guarde relación con menores de edad durante un período de seis años tras su excarcelación. Ambas – la libertad vigilada y la inhabilitación profesional- se encuentran en el **art. 96** al hacer referencia a **medidas de seguridad no privativas de libertad**.

Circunstancias agravantes/atenuantes/eximentes

La Audiencia reconoció dos circunstancias atenuantes de carácter simple: la confesión y la alteración psíquica acreditada por los peritos.

Se diagnosticó de dos parafilias: pedofilia (F65.4) y voyeurismo (F65.3). Además, también se detectó un posible trastorno orgánico de la personalidad (FO7.0).

Los peritos implicados demostraron cómo, fruto del traumatismo craneoencefálico y la posterior intoxicación por monóxido de carbono, necesariamente debía tener secuelas psiquiátricas permanentes. El porcentaje de monóxido de carbono con el que fue intoxicado era clínicamente significativo y se correlacionaba, entre otras cosas, con una alteración orgánica de la personalidad.

Por último, se concluyó que el síndrome orgánico de la personalidad que sufría era propio de un daño en la zona frontal. Por ello, le resultaba extremadamente difícil adecuar su conducta a las normas sociales y regular sus impulsos consecuencia de las parafilias que padecía.

CASO 2. Homicidio en grado de tentativa (Anexo VIII).

Historia

El Sr. YY, de 43 años, vivió felizmente su infancia. Hasta los 10 años se crió en un medio rural junto a sus padres y hermanas. Se tuvieron que trasladar a la ciudad motivados por un trabajo del padre.

Se especializó en el ámbito de la electricidad desde la formación profesional. Desde siempre ha sido trabajador y ha mantenido el mismo empleo desde el año 1992 (hasta el 2007, año de su primer altercado). En la compañía de suministro eléctrico nadie manifiesta quejas sobre su persona.

Ninguna de las tres hermanas presenta, de manera clínicamente significativa, alteración física ni mental.

A los 18 años conoció a su esposa, casándose a los 24 años de edad. No hubo discusiones que trascendieran lo puramente normal: ella no mantenía una buena relación con los padres del Sr. YY, sus suegros.

En el año 2002, fruto de un accidente de tráfico, sufrió un grave traumatismo craneoencefálico. Perdió facultades elementales, de manera transitoria, como vestirse y su conducta se tornó cualitativamente distinta.

En enero de 2007, pagó a un mendigo de nacionalidad rumana para que matara a su esposa. Éste aceptó, pero luego lo explicó a la policía. El Sr. YY fue detenido y condenado (sin circunstancias atenuantes ni eximentes).

Durante su estancia en prisión, al poco tiempo, intentó persuadir a un compañero de celda para que llevara a cabo el crimen frustrado. Le ofreció lo mismo que al mendigo. No obstante, éste también lo comunicó a la policía.

El Sr. YY manifiesta querer a su pareja y no le desea ningún daño. Por ello, le extraña los pensamientos intrusivos que invaden su mente y le impulsan a hacer daño a su esposa.

Las entrevistas realizadas determinan un evidente cambio de personalidad desde el accidente. Un punto de inflexión. A nivel laboral, lo tildan de persona ejemplar y muy responsable; en cuanto a las relaciones interpersonales, todos refieren que era un gran amigo al que querían mucho.

Delito

- Homicidio en grado de tentativa. El **art.15** sentencia que, tanto el delito consumado como la tentativa, son punibles. El **art. 16** nos explica cuándo se considera tentativa y, finalmente, el **art. 62** marca cómo debe imponerse la pena en estos casos.

Pena impuesta

No consta al no haber podido acceder a la sentencia firme.

Circunstancias agravantes/atenuantes/eximentes

Ni en el primer juicio ni en el segundo, se consideraron circunstancias atenuantes ni eximentes. Sin embargo, sí existen alteraciones neurológicas probadas por diversos doctores (entre ellos el Dr. Borrás).

El Dr. Juan José Carrasco Gómez, psiquiatra forense, determinó que el traumatismo craneoencefálico le había generado un cambio de personalidad. Sugirió que la estructura de personalidad se tornó más antisocial y delictiva; añadió que tal hecho había disminuido sus inhibiciones y su capacidad de autocrítica, además de su aumentar su obsesión. El Dr. Carrasco Gómez halló alteraciones neurológicas que perturbaban al Sr. YY mediante la realización, en octubre de 2004, de un PET y una resonancia magnética nuclear (ver informe pericial, Anexo VIII).

Las obsesiones, tal y como se detallan en el informe del Dr. Borrás, pueden derivar de un daño cerebral (como un traumatismo craneoencefálico). Además, el Sr. YY, muestra sinceridad, acreditada por pruebas psicométricas, en la manera de relatar sus preocupaciones y el déficit en el control de los pensamientos intrusivos (e impulsos posteriores).

Ningún médico forense halló patología orgánica ni psiquiatra que guardase una correlación con los hechos delictivos. Por ello, se le condeno sin circunstancias atenuantes ni eximentes.

CASO 3. Homicidio y delitos asociados (Anexo IX)

Historia

El Sr. ZZ, de 22 años de edad, manifiesta haber tenido una infancia agradable y sus familiares le describen como afectuoso. Tiene un hermano y, aparentemente, existe buena relación.

No obstante, se le diagnosticó trastorno por hiperactividad con déficit de atención y un CI de 88 (se traduce en un bajo coeficiente intelectual). Tales problemáticas derivaron en no lograr concluir la Educación General Básica. A los 16 años terminó sus estudios, iniciándose en el mundo laboral. Desde entonces ha trabajado en distintitos empleos, tal como auxiliar de mecánico en un taller de coches.

En el taller se sentía realizado y satisfecho con su trabajo, pero no le renovaron el contrato por dos motivos: cometía múltiples errores y, tras consumir drogas, no iba al trabajo.

El Sr. ZZ refiere que el consumo en exceso de tóxicos se circunscribe a la cocaína y al alcohol, pero ha probado un amplio abanico de drogas. Su adicción se inició a la edad de 14 a partir del cannabis.

En julio de 2009 tuvo un importante accidente de tráfico, el cual le ocasionó un daño cerebral significativo. Tras el mencionado accidente, el Sr. ZZ manifestaba inestabilidad anímica y alteraciones conductuales nada propias de él. Por ello, fue derivado a un Centro de Salud Mental. Allí se le diagnosticó síndrome psicótico comórbido con consumo de drogas. El tratamiento que se le prescribió (antipsicóticos) lo dejó al poco tiempo y tampoco acudía al centro.

En agosto de 2009 se le realizó un TAC y se constató que presentaba alteraciones neurológicas severas.

El 27 de agosto de 2009 arrolló a un policía, conducta que guarda fuerte relación con el cese del tratamiento y las secuelas psiquiátricas del traumatismo a nivel conductual.

En abril de 2011, frutó de una intoxicación de alcohol y cannabis, tuvo que acudir a urgencias por presentar una marcada alteración conductual.

En enero de 2012, recibió el diagnóstico de trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta. Esta vez no había presencia de consumo de tóxicos, pero sí un cuadro de irritabilidad y heteroagresividad.

El 22 de mayo de 2012 volvió a tener un accidente, del cual manifiesta cierta amnesia. Consumió cannabis y cogió una motocicleta. Mientras conducía, oyó un ruido que procedía del tubo de escape; cuando fue a comprobarlo, apreció la presencia de un control policial. Se estresó enormemente y atropelló a un Agente de Tráfico.

Delito

-Homicidio (**art. 138**)

-Delito de atentado contra la autoridad (**art. 550**) con uso de instrumento peligroso (**art. 551.1**)

-Delito contra la seguridad vial al conducir sin licencia (**art. 384**)

Pena impuesta

Se le redujo significativamente la pena inicial a: ocho años de prisión por homicidio; un año y seis meses por atentado a los agentes de la autoridad con objeto peligroso y dieciocho meses de multa con cuotas diarias de seis euros por delito contra la seguridad vial.

Circunstancias agravantes/atenuantes/eximentes

Se contemplaron circunstancias atenuantes y agravantes:

La circunstancia agravante fue la reincidencia en el delito contra la seguridad del tráfico (**art. 22.8**)

Las circunstancias atenuantes fueron dos, ambas atenuantes analógicas:

1. Alteración psíquica (**art. 20.1**):

- Trastorno psicótico inducido por cannabis de inicio durante la intoxicación (292.11 DSM-IV).

- Inteligencia límite (coeficiente intelectual 88).

- Trastorno de Hiperactividad por Déficit de Atención (314.9 DSMIV).

- Trastorno antisocial de la personalidad (301.7 DSM-IV)

- Cambio de personalidad debido a patología orgánica cerebral (310.10 DSM-IV), consistente en "lesiones puntiformes hipodensas frontoparietales bihemisféricas que podrían corresponder a subfusiones hemorrágicas y posible malformación vascular parietal izquierda".

2. Intoxicación (**art. 20.2**)

CONCLUSIONES CASOS PRÁCTICOS

Los casos analizados me han aportado una visión práctica tras el enfoque puramente teórico que revestía a este trabajo. He podido apreciar concordancias especialmente con el punto de alteraciones orgánicas que generan cambios de personalidad. En este apartado expondré las conclusiones generales de los casos relacionándolas con la teoría.

En el caso 1, se pudo apreciar las medidas de seguridad asociadas a su condena. Estas fueron principalmente la libertad vigilada y la inhabilitación profesional. Medidas concordantes con lo analizado en este trabajo, pues un pedófilo presenta alta probabilidad de reincidencia y, por tanto, alta peligrosidad.

Por otro lado, fue diagnosticado de dos parafilias, insuficientes para considerar circunstancias atenuantes o eximentes. Sin embargo, se acreditó un daño en la zona frontal consecuencia de un traumatismo craneoencefálico y de la intoxicación por monóxido de carbono. En mi apartado, expliqué lo común que resulta que de un TCE derive en un síndrome frontal, el cual suele presentar marcada desinhibición de la conducta.

En el caso 2, el sujeto presentaba unas claras alteraciones neurológicas fruto de un traumatismo craneoencefálico. Tras sufrirlo, su personalidad se tornó radicalmente distinta. Sin embargo, pese a existir suficiente evidencia empírica, se le condenó sin considerar ni una sola circunstancia atenuante de responsabilidad criminal. Por ello, observamos cómo una TCE no es sinónimo de reducción de pena (a pesar de que los estudios demuestren una clara correlación entre TCE y cambios de personalidad).

En el caso 3, hubo una reducción sustancial de la pena, pues se consideraron que concurrían suficientes circunstancias atenuantes de la responsabilidad en el momento de cometer el delito. No sólo presentaba intoxicación, sino alteraciones psíquicas de distinta naturaleza: trastorno psicótico inducido por cannabis, inteligencia límite, trastorno de hiperactividad por déficit de atención, TAP y cambio de personalidad debido a patología orgánica cerebral (el TAC le descubrió alteraciones neurológicas severas).

5. Conclusiones

A fin de no hacer más denso este trabajo, expondré conclusiones generales y no concretaré en datos ya indicados en los capítulos anteriores. Trataré de responder a las preguntas inicialmente formuladas.

En primer lugar, el cerebro es el órgano que regula nuestras acciones y, por tanto, nuestro comportamiento. Las leyes y el ordenamiento jurídico tienen una finalidad muy clara: legislar nuestra forma de actuar en base a lo tipificado. Por ello, las neurociencias son de gran utilidad, más en la actualidad, pues disponen de técnicas suficientes, y fiables, para analizar el cerebro de manera holística: tanto morfológica como funcionalmente. Los avances neurocientíficos dan respuesta a muchas preguntas sobre la etiología de alteraciones cerebrales y sus implicaciones a nivel psicosocial, es decir, conclusiones con gran relevancia para los juristas.

El futuro, merced a la convergencia de ambas disciplinas, es ofrecer una recta justicia. Mejorar cualitativamente las sentencias y optar por medidas de seguridad (y tratamiento) cuando éstas sean necesarias. Además, tal confluencia abogará por una orientación a la prevención específica y no tanto a nivel general.

En segundo lugar, el perito experto en neurociencias (o salud mental) debe manejar nociones básicas sobre derecho penal: responsabilidad, imputabilidad, inimputabilidad y circunstancias atenuantes. Es necesario saber que los pilares básicos, bajo los que se fundamentan todas estas nociones, son la capacidad de intelección y la capacidad volitiva. También ser conscientes de que son conceptos jurídicos normativos y, por ello, el perito no debe hacer mención explícita de los mismos. Sin embargo, es necesario su conocimiento, pues su función es ofrecer la fundamentación de estas nociones y las circunstancias que las alteran.

En tercer lugar, la jurisprudencia penal y las investigaciones neurocientíficas concluyen que el hecho de tener una enfermedad mental no es motivo suficiente, per se, para un trato jurídico especial. Lo importante es analizar la relación causal entre la enfermedad y el delito cometido. Tampoco lo es presentar una alteración orgánica a nivel cerebral. El perito debe ofrecer clarividencia y concluir si la libertad (o la intelección de ilicitud) estaba mermada en el momento de la perpetración del acto criminal.

En cuarto lugar, el cerebro tiene una clara influencia, atestiguada en estudios, en nuestras decisiones. Se han descubierto diversas áreas implicadas (no tanto el cómo lo hace). La mayoría de decisiones son mediatizadas ,segundos antes, por el sistema límbico. Sin embargo, las zona ventromedial y orbitofrontal, de la corteza prefrontal, guardan una evidente relación con la toma de decisiones ante dilemas morales.

Por ello, no somos libres en un sentido puro. Todas nuestras decisiones están condicionadas por nuestra historia personal y nuestro sustrato orgánico. No obstante, se acepta la existencia de decisiones libres, fruto de la deliberación mental e independientes – a nivel causal- de un sustrato físico, para ejercer una correcta justicia.

En quinto lugar, existe amplia evidencia sobre las bases neurocientíficas (tanto fisiológicas como químicas) de la agresividad. Es inherente al ser humano y, por sí misma, no es dañina. Sin embargo, se puede tornar en violencia y conducir a la máxima expresión de la misma: el delito. A nivel genérico, la agresividad impulsiva responde a la amígdala y la proactiva es consecuencia de la corteza prefrontal.

En sexto, y último lugar, no hay mayor prevalencia de violencia en personas con una enfermedad mental que en la población normal. Únicamente ciertas enfermedades correlacionan con algunos delitos, mas esto no significa que sean más violentos. Sin embargo, al ahondar en la causa del delito, he descubierto que lo sexual (en concreto la pornografía) es uno de los mayores factores motivadores y generadores de violencia.

Bibliografía

- Alcázar, M., Verdejo, A. y Bonso, J. (2008). La neuropsicología forense ante el reto de la relación entre cognición y emoción en la psicopatía. *Revista de Neurología*, 47(11), pp. 607-612
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Madrid: EDITORIAL MEDICA panamericana
- Armaza, E. (2011). *El tratamiento penal del delincuente imputable peligroso* (tesis doctoral). Universidad del País Vasco
- Andreu, J. (2009). Propuesta de un modelo integrados de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y socio-cognitivas. *Psicopatología clínica legal y forense*, 9, pp.85-98
- Boddy, C. (2011). The Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis. *Journal of Business Ethics*, 102, pp. 255-259
- BOE y Ministerio de Justicia. (2016). Código Penal y legislación complementaria. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado
- Cabrera, J., Fuertes, J. y Gándana, J. (2004). *La salud mental en los tribunales. Manual de Psiquiatría Forense y Deontología Profesional*. Madrid: Arán Ediciones.
- Cardona, E. y Rey, A. (2000). Tumores cerebrales y metástasis leptomeníngeas. En Rey, A., *urgencias neurológicas* (pp. 207-220). Barcelona: Ediciones Doyma
- Cardona, E. (2000). Traumatismo craneoencefálico. En Rey, A., *urgencias neurológicas* (pp. 221-241). Barcelona: Ediciones Doyma
- Clark, D., Boutros, N. y Mendez, M. (2012). *El cerebro y la conducta. Neuroanatomía para psicólogos*. México: El Manual Moderno
- Coaguila, J. (2002). La interdisciplinariedad del derecho. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, 5, pp. 113-118
- Contreras, D., Catena, A., Cándido, A., Perales, J. y Maldonado, A. (2008). Funciones de la corteza prefrontal ventromedial en la toma de decisiones emocionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), pp. 285-313
- Corda, A. (2013). Neurociencias y derecho penal desde el prisma de la dimensión procesal. En Taruffo, M. y Nieva, J., *Neurociencia y proceso judicial* (pp. 109-143). Barcelona: Marcial Pons
- Delgado, J. (2013). Hacia una neurofisiología de la libertad. En Demetrio, E., *Neurociencias y derecho penal* (pp. 3-16). Madrid: EDISOFER

- Demetrio, E. (2013). "Compatibilismo humanista": una propuesta de conciliación entre neurociencias y derecho penal. En Demetrio, E., *Neurociencias y derecho penal* (pp.17-42). Madrid: EDISOFER
- Demetrio, E. (2011). Libertad de voluntad, investigación sobre el cerebro y responsabilidad penal. *Revista para el análisis del Derecho*, 2, pp.1-39
- Dresdner, R. (2009). Agresión: la necesidad de contar con concepto operacional en psiquiatría forense. *Revista Medicina y Humanidades*, 1(3), pp.63-69
- Dutton, K. (2013). *La sabiduría de los psicópatas*. Barcelona: Editorial Planeta
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo penal, sección 1ª). *Auto número 1931/2014 de 20 de noviembre*.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo penal, sección 1ª). *Sentencia número 5293/2016 de 2 de marzo*.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo penal, sección 1ª). *Sentencia número 8483/2009 de 29 de diciembre*.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo penal, sección 1ª). *Sentencia número 5442/2014 de 26 de diciembre*.
- Feijoo, B. (2011). Derecho Penal y Neurociencias: ¿una relación tormentosa?. *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, 2, pp. 1-58
- Fernández, S. y Lorente, E. (2001). Daño cerebral y ley: la aplicación de la neuropsicología a cuestiones judiciales. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 1 (1), pp. 67-85
- Fernández, S. (2001). La neuropsicología forense: consideraciones básicas y campos de aplicación. *Revista de neurología*, 32 (8), pp. 783-787
- Gallo, A. (2017). Perfil psicopatológico y trastornos mentales en denunciados por violencia contra la mujer. Tratamiento penal y su ejecución. En Ortega-Monasterio, L., *XXIII Simposio de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense (SEPF)*. Barcelona.
- García-Albea, E. y García-Albea, J. (2010). El auge mundial de las neurociencias [réplica]. *Revista de Neurología*, 51(5), pp. 319-320
- González, C., Tudela, P. y Ruz, M. (2014). Resonancia magnética funcional: análisis crítico de sus implicaciones técnicas, estadísticas y teorías en neurociencia humana. *Revista de Neurología*, 58, pp. 318-325
- González, D. (2003). Hechos y argumentos (racionalidad epistemológica y prueba de los hechos en el proceso penal). *Jueces para la democracia*, 46, pp. 17-26
- Halty, L., Martínez, A., Requena, C., Santos, J. y Ortiz, T. (2011). Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Revista de Neurología*, 52 (1), pp. 19-27
- Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales?. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, pp.71-77

- Jiménez, B. (2017). Rehabilitación postdelictiva del enfermo mental en medidas penales alternativas. En Ortega-Monasterio, L., *XXIII Simposio de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense (SEPF)*. Barcelona.
- León-Carrión, J. y Barroso y Martín, J. (2001). Instrumentación en valoración neuropsicología forense. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, pp. 130-157
- Leve, A., Borchard, B., Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19(3), pp. 123-30
- López, L. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Revista Universidad y salud*, 14 (2), pp. 197-204
- Marco, M. (2011). Las neurociencias y los desvaríos de la época soviética. Los médicos republicanos españoles, testigos de excepción. *Revista de Neurología*, 53(4), pp. 233-244
- McMahon, R., Witkiewitz, K. y Kotler, J. (2010). Predictive validity of callous – unemotional traits Measured in Early Adolescence with Respect to Multiple Antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (4), pp. 752-763
- Montejo, Á. (2005). Sexualidad y violencia: un gran enigma sin resolver. En Montejo, Á., *Sexualidad, Psiquiatría y cultura* (pp. 19-31). Barcelona: Editorial Glosa
- Murray, T. (1995). Aspectos psicosociales de la esclerosis múltiple. En *Clínicas Neurológicas de Norteamérica* (pp. 197-221). México: Nueva Editorial Interamericana
- Narvaez, M. (2014). Neuroderecho: el sentido de la acción no está en el cerebro. *Revista de Teoría del Derecho de la Universidad de Palermo*, 2, pp. 125-148
- O.M.S. (1992). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- O.M.S. (2004). Trastornos concurrentes. En *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas* (pp. 169-191). Washington: Biblioteca sede OPS
- Rao, S. (1986). Neuropsychology of multiple sclerosis: A critical review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8, pp. 503-546
- Ressler, R. (2014). *Dentro del monstruo: un intento de comprender a los asesinos en serie*. Barcelona: Alba Editorial
- Roth, G. (2013). Delincuentes violentos: ¿seres malvados o enfermos mentales? En Demetrio, E., *Neurociencias y derecho penal* (pp. 670-690). Madrid: EDISOFER
- Ruiz-Sánchez, J., Pedrero, E., Fernández-Blázquez, M. y Llanero-Luque, M. (2011). Neurología, neuropsicología y neurociencias: sobre usos y abusos de lo 'neuro'. *Revista de Neurología*, 53(5), p. 320
- Safarik, M. (2016). El análisis de perfiles criminales en la unidad de ciencias de comportamiento del FBI. En Escuela Europea de Ciencias de la Seguridad, *I Jornada de Perfiles Criminales*. Barcelona.

- Sciana, D. (1987). Lesiones cefálicas. En Rowland, L., *Tratado de neurología* (pp. 293-315). Barcelona: Salvat Editores.
- Soler, F. (2009). Relevancia de los experimentos de Benjamin Libet y de John – Dylan Haynes para el debate entorno a la libertad humana en los procesos de decisión. *Thémata. Revista de filosofía*, 41, pp. 540-547
- Soria, M. y Sáiz, D. (2006). *Psicología criminal*. Madrid: Pearson Educación
- Soto, E. (2016). Análisis de conducta en la policía nacional. En Escuela Europea de Ciencias de la Seguridad, *I Jornada de Perfiles Criminales*. Barcelona.
- Tobeña, A. (2017). *Neurología de la maldad. Mentes predadoras y perversas*. Barcelona: Plataforma Actual
- Valente, L. (2014). Neurociencia y neuroética en el marco jurídico de la salud mental. *Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales UNLP*, 11, pp. 33-47
- Verdejo, A. y Tirapu, J. (2012). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. *Revista de Neurología*, 54(3), pp. 180-186
- Waxman, S. (2011). *Neuroanatomía clínica*. México: McGraw-Hill

Anexo I. Sentencia Jenkins (1962)

BRIEF FOR AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
AMICUS CURIAE

In the
United States Court of Appeals
For the District of Columbia Circuit

No. 16,306

Vincent E. Jenkins, Appellant,

v.

United States of America, Appellee.

Appeal from the United States District Court
for the District of Columbia

Hanson, Hanson and Cobb

By Arthur B. Hanson
808 - 17th Street, N.W.
Washington, D.C.

Cochran and L'Hommedieu

By Dean Farrington Cochran and
Samuel J. L'Hommedieu, Jr.
Federal Bar Building
Washington, D.C.

For American Psychological
Association
Amicus Curiae

Filed prior to Oral Argument, February 9, 1962.

INDEX

	Page
Statement of the Case	1
Statement of Interest of Amicus Curiae	2
Summary of Argument	4
Argument:	
A. Psychology is an Established Science	4
B. The Practice of Psychology is a Learned Profession	5
C. A Clinical Psychologist Is Competent to Express Professional Opinions Upon the Existence or Non- Existence of Mental Disease or Defect and Upon Their Causal Relationships to Overt Behavior	8
D. Experience is the Essential Legal Ingredient of Competence to Give an Expert Opinion	11
Conclusion	13
TABLE OF CASES	
<u>Jenkins v. United States</u> No. 16306 U.S. Court of Appeals for the District of Columbia Circuit	1
<u>People v. Hawthorne</u> (1940) 239 Mich. 15, 291 N.W. 205	12
OTHER REFERENCES	
2 AM. PSYCHOL. 539, 543-545	8
Arkansas Statutes, Section 72-1501 et seq	7
Bylaws of the American Psychological Association, Article II, Paragraphs 2 and 3	2
Bylaws of the American Psychological Association, Article I, Paragraph 1	3
Bylaws of the American Psychological Association, Article II, Paragraphs 4 and 5	2
Bylaws of the American Psychological Association, Article II, Paragraphs 6 and 7	2
Bylaws of the American Psychological Association, Article V	3
Bylaws of the American Psychological Association, Article X, Paragraph 9	6
California Code, Business and Professions, Section 2900 et seq	7
Session Laws of Colorado (1961), p. 594 et seq	7

Index Continued	Page
General Statutes of Connecticut, Section 20-186	7
Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing, New York, Harper and Brothers, 1960, Pages 607-608	11
Ethical Standards of Psychologists	5,6
Florida Statutes, Chapter 490	7
Code of Georgia, Chapter 84, Section 3101 et seq	7
Kelley, Sanford, and Clark, <u>The Meaning of the ABEPP Diploma</u> , 16 Am. Psychol. 132	7
Kentucky Revised Statutes, Chapter 319	7
Revised Statutes of Maine (1954), Chapter 67, Section 1 et seq	7
Code of Maryland (1957), Article 43, Section 618 et seq	7
Michigan Statutes, Section 14. 677 et seq	7
Minnesota Statutes, Section 148.79 et seq	7
New Hampshire Revised Statutes, Chapter 330A	7
McKinney's Consolidated Laws of New York, Book 16, Part 3, (Education Law), Section 7601 et seq	7
<u>Psychology and Its Relations with Other Professions</u>	6
Tennessee Code, Section 63-1101 et seq	7
Utah Code (1954), Title 58-25-1 et seq	7
Code of Virginia (1950), Title 54, Section 103 et seq	7
Revised Code of Washington, Sections 18.83.010 et seq	7
Wigmore on Evidence (3rd Ed.) Vol. II, Sections 555, 556	11,12

UNITED STATES COURT OF APPEALS

For the District of Columbia Circuit

No. 16306

Vincent E. Jenkins, Appellant

v.

United States of America, Appellee

Appeal from the United States District Court for the District of Columbia

BRIEF FOR AMICUS CURIAE

I

STATEMENT OF THE CASE

In the Court below, defendant was convicted of the crimes of housebreaking with intent to commit an assault, assault with intent to rape, and assault with a dangerous weapon. At the trial, defendant relied solely upon the defense of insanity. In support of this defense, defendant presented the testimony, inter alia, of three clinical psychologists with from three to twenty-five years' clinical experience, who had received Ph.D. degrees in institutions approved for clinical training by the American Psychological Association. (1)

One of these three was the Chief Psychologist of St. Elizabeth's Hospital; one was the Chief Psychologist of the District of Columbia General Hospital; and the third was a psychologist on the Staff of St. Elizabeth's Hospital at the time he examined the defendant. (2)

Upon the basis of personal contact with the defendant, review of his case history, and upon the basis of the results of standard psychological tests administered by these psychologists or under their direction, they all testified that on the date the alleged crimes were committed, defendant had been suffering from schizophrenia. One of the three testified that he could give no opinion concerning the relationship between the illness and the crimes but the other two gave it as their opinions, respectively, that the disease and the crimes were "related", and that the crimes were the product of the illness. (3)

At the conclusion of the trial, the judge instructed the jury to disregard the opinions of the psychologists.

On appeal to this Court from the conviction, the panel of the Court which heard the case held, inter alia, one judge dissenting, that the Trial Court had committed reversible error in excluding the expert opinions of the psychologists.

Upon motion of the Government, the Court ordered a rehearing en banc limited to the issue of the correctness of

"* * * the ruling of the District Court which excluded from consideration by the jury the testimony of the psychologist concerning the existence and effects of the 'mental disease or defect.'"

By motion filed January 15, 1962, the American Psychological Association sought leave to file this brief amicus curiae with respect to the issue stated above. Neither appellant nor appellee opposed the motion and the Court granted it by order dated January 29, 1962.

II

STATEMENT OF INTEREST OF AMICUS CURIAE

The American Psychological Association, hereinafter sometimes referred to as "the Association," is the only national membership organization of the profession and science of psychology. As such it has a vital interest in endeavoring to aid the Court in reaching a correct understanding of and decision upon the issue presented in this rehearing.

The Association has been in continuous existence since its foundation in 1892. At present the Association has in excess of 20,000 members, which number includes a majority of the qualified psychologists in this country.

There are three classes of membership in the Association, namely, Fellows, Members, and Associates.

The minimum standards for Fellow status are (a) a doctoral degree based in part upon a psychological dissertation conferred by a graduate school of recognized standing, (b) prior status as a Member for at least one year, (c) active engagement at the time of nomination in the advancement of psychology in any of its aspects, (d) five years of acceptable professional experience subsequent to the granting of the doctoral degree, and (e) evidence of unusual and outstanding contribution or performance in the field of psychology. (4)

The minimum standard for election to Member status is the receipt of the doctoral degree based in part upon a psychological dissertation and conferred by a graduate school of recognized standing. In addition, candidates for Member status must be engaged in study or professional work that is primarily psychological in nature. (5)

The minimum standard for election to Associate status is: (a) completion of at least two years of graduate work in psychology in a recognized graduate school, or (b) the Master's degree in psychology from a recognized graduate school plus a year of acceptable experience in professional work that is psychological in nature. In addition, candidates for Associate status must be devoting full time to professional or graduate work that is primarily psychological in nature. (6)

Only those having the status of Fellows or Members are eligible to vote or hold office in the Association. (7)

The purposes of the Association, as stated in Article I of its Bylaws are as follows:

"1. The objects of the American Psychological Association shall be to advance psychology as a science and as a means of promoting human welfare by the encouragement of psychology in all its branches in the broadest and most liberal manner; by the promotion of research in psychology and the improvement of research methods and conditions; by the improvement of the qualifications and usefulness of psychologists through high standards of professional ethics, conduct, education, and achievement; by the increase and diffusion of psychological knowledge through meetings, professional contacts, reports, papers, discussions, and publications; thereby to advance scientific interests and inquiry, and the application of research findings to the promotion of the public welfare."

Article V of the Association's Bylaws provides for the creation of Divisions within the Association to represent major scientific and professional interests in the general field of psychology. At present there are twenty such Divisions within the Association. They are:

Division of General Psychology
Division on the Teaching of Psychology
Division of Experimental Psychology
Division on Evaluation and Measurement
Division on Developmental Psychology
Division of Personality and Social Psychology
The Society for the Psychological Study of Social Issues--A Division of the APA
Division on Esthetics
Division of Clinical Psychology
Division of Consulting Psychology
Division of Industrial and Business Psychology
Division of Educational Psychology
Division of School Psychologists
Division of Counseling Psychology
Division of Psychologists in Public Service
Division on Military Psychology
Division on Maturity and Old Age
The Society of Engineering Psychologists--A Division of the APA
National Council on Psychological Aspects of Disability--
A Division of the APA
Division of Consumer Psychology

The psychologists whose testimony is the subject of this rehearing are members of the Association. In addition, one is a Member of the Division of Clinical Psychology; another a Fellow of that Division, as well as a Fellow of the Association. The latter (the Chief Psychologist of St. Elizabeth's Hospital) is also a Diplomate of the American Board of Examiners in Professional Psychology--a mark of professional standing of which more will be said in Part IV, B, of this brief.

III

SUMMARY OF ARGUMENT

1. A qualified psychologist is competent to state, as an expert witness, his professional opinion upon matters within the scope of his qualifications.
2. A clinical psychologist is competent in a criminal proceeding to give an expert professional opinion as to the nature of and the existence or non-existence of mental disease or defect in the accused and as to the causal relationship or lack thereof, between such mental disease or defect and the crime or crimes for which the accused is on trial.
3. In the case at bar, the panel which first heard this appeal properly held that the Trial Judge committed error when he excluded from the jury's consideration the testimony of the psychologists as to the mental condition of the defendant on the day of the crimes, and the causal relationship between his mental condition and the crimes for which he was on trial.

IV

ARGUMENT

A

PSYCHOLOGY IS AN ESTABLISHED SCIENCE

In any inquiry as to the testimonial competence of a psychologist to express an expert professional opinion, it is important to understand that psychology is an established science which makes use of the same fundamental methods of investigation and inquiry and the same criteria of objectivity and thoroughness as are used in all recognized scientific disciplines.

Psychology, the science of human behavior, has its origins in many areas of inquiry. It grew in part from the great philosophical concerns with human behavior and conduct. Its immediate origins as a science, however, can be placed in the period of scientific development in the mid-nineteenth century. It was at the University of Leipzig in 1879 that Professor Wilhelm Wundt established the first laboratory in scientific psychology. Since that time the major emphasis in the development of psychology has been along scientific lines with increased application of the results of research to a wide variety of problems of human behavior.

It is interesting to note that the first intelligence test, the derivative of which are so widely used today in education, industry, government, and institutions, was developed in 1905 by Alfred Binet, a French psychologist who was Director of the Psychological Laboratory at the Sorbonne. The first American adaptation of this test was published the same year, but the 1916 Stanford Revision set the pattern for the measurement of mental ability throughout the United States. Further modified in 1937 as the Revised Stanford-Binet Scale, and again modified in 1960, this test continues to be extensively used today.

From a scholarly discipline and science developed mainly in university centers, the result of psychological effort has become recognized as capable of application in many fields of human activity. In the interval between the two World Wars, applications were taking place in business and industry and in

education. During World War II, the methods and techniques developed by psychologists found extensive application in the wide range of events covered by the war years, and played a vital role in the recruitment, selection, classification, assignment, and training of individuals accepted for military service. Newer applications of psychology were possible in such areas as psychological warfare, aviation and submarine operations, treatment of casualties and offenders, design of equipment, such as radar, with a view towards the best utilization of the skills of the human operator, food and nutrition research, the effect of drugs on behavior, morale and productivity of groups and a host of other problems. Since World War II, new and vitally important practical uses of the skills of psychologists have taken place at a remarkable rate.

The foundation stone, however, of all developments of the field continues to be a rigid adherence to the principles of science, to a belief in the value of empirical evidence and verification, and to the development of appropriate theory. These are some of the processes which differentiate the sciences from other approaches to the understanding of human behavior.

B

THE PRACTICE OF PSYCHOLOGY IS A LEARNED PROFESSION

As in the case of all sciences, a distinction may be drawn between psychologists whose total or primary endeavors are devoted to basic research and those whose total or primary endeavors are devoted to using their scientific skills and knowledge for the solution of practical problems and the achievement of practical results. Since the founding of the American Psychological Association, the number of psychologists engaged in work of the latter sort has greatly increased. From a primarily academic discipline pursued almost exclusively in the colleges and universities, psychology has developed a full-fledged professional segment. For example, it is estimated that of the more than 20,000 members of the American Psychological Association, approximately half find their primary employment in academic work, and the remainder find their primary employment in Federal, state, and municipal government, in private practice, and in business and industry.

In the course of the development of psychology as a science and profession, the Association has formulated a code of ethics known as Ethical Standards of Psychologists. The professional obligations of psychologists and their responsibilities to the public as professional men are expressed in the Preamble and first Principle of the Ethical Standards as follows:

"The psychologist is committed to a belief in the dignity and worth of the individual human being. While demanding for himself the rights of freedom of inquiry and freedom of communication, he accepts the responsibilities that these freedoms imply. He maintains integrity with respect to the facts of his science and in his relationships with other psychologists and with the public. He does not use his psychological knowledge or insights to secure personal advantage, nor does he knowingly permit his services to be used by others for purposes inconsistent with his own ethical standards."

"Principle 1. General. The psychologist, committed to increasing man's understanding of man, places high value on objectivity and integrity, and maintains the highest standards in the services he offers."

"a. As a scientist, the psychologist believes that society will be best served when he investigates where his judgment indicates investigation is needed; he plans his research in such a way as to minimize the possibility that his findings will be misleading; and he publishes full reports of his work never discarding without explanation data which may modify the interpretation of results."

* * * *

"c. As a practitioner, the psychologist knows that he bears a heavy social responsibility because his work may touch intimately the lives of others."

Further emphasizing the duty of psychologists to maintain high standards, Principle 2 of the Ethical Standards of Psychologists reads in part as follows:

"Principle 2. Competence. The maintenance of high standards of professional competence is a responsibility shared by all psychologists, in the interest of the public and of the profession as a whole."

* * * *

"b. The psychologist recognizes the boundaries of his competence and the limitations of his techniques and does not offer services or use techniques that fail to meet professional standards established by recognized specialists in particular fields."

Additional safeguards dealing with standards of practice are contained in Psychology and Its Relations with Other Professions, a document drawn up by the Association and adopted by it in 1953. Principle 5.3 of this document reads as follows:

"Principle 5.3. In situations in which psychologists share their applied functions with members of other professions, or work in association with them, psychologists accept the obligation:

- a. to abide by all applicable legal provisions surrounding the rendering of such professional service;
- b. to know and take into account the traditions, mores, and practices of the professional group or groups with whom they work;
- c. to collaborate fully with all members of the professional groups with whom a service function is shared."

The Association has been seriously concerned with the problems of education and training in psychology. Among the permanent Boards and Committees of the Association is the Education and Training Board. By Article X, paragraph 9 of the Association's Bylaws, this Board is charged with "general concern for all educational and training affairs which involve psychology. . . ." Among other duties, this Board has the continuing responsibility for reviewing

and reporting upon the adequacy of graduate training programs in clinical and counseling psychology offered by the different colleges and universities. A list of approved universities is maintained and published. Additionally, the Board also evaluates and approves a list of predoctoral internships in clinical and counseling psychology which meet minimal qualifications.

The Association's evaluation of educational institutions has been going on since 1947. This practice is analogous to the practice of the American Bar Association in conferring or withholding approval of Law Schools. The evaluation program was started at the request of the Veterans Administration and the United States Public Health Service, which had a vital need for reliable information as to the adequacy of graduate training programs in the areas of clinical and counseling psychology, and looked to the American Psychological Association as the authoritative source of such information.

All recognized educational institutions with departments of psychology that offer advanced training utilize a variety of selection techniques for admitting students to such advanced training. Some of these are: analysis of collegiate records and previous training, evaluations and recommendations from professors, special qualifying examinations such as the Graduate Record Examination and the Miller Analogies Test, and personal interview.

Over and above these evaluations, there was established in 1947, the American Board of Examiners in Professional Psychology. This organization confers Diplomate status upon those individuals who are judged to be qualified. The basis for evaluation is experience and the successful completion of rigorous oral and written examinations. Those individuals who have demonstrated their competency are awarded Diplomate status in one of three areas: Industrial Psychology, Counseling Psychology, and Clinical Psychology. (8) The last of these specialties is of particular relevance to the case at bar. Through August 1961, 1520 Diplomas had been issued by the American Board; of which 1100 were in clinical psychology, 243 were in counseling psychology, and 177 were in industrial psychology.

In addition to the intra-professional standards and criteria of status discussed above, the profession of psychology is now given legal recognition in the statutes of seventeen states, four of which have licensing requirements and thirteen of which have certification requirements for psychologists. (9) It is interesting to note that in eleven of these seventeen states, clients of psychologists are granted a testimonial privilege similar to the attorney-client privilege. (10)

In view of all of the foregoing, it is submitted that psychology in its present state of development is clearly an established science and that psychologists are clearly engaged in the practice of an established profession. It would obviously be foolish to assert that any psychologist is testimonially competent to express an expert professional opinion upon all questions relating to the science of psychology. In fact, the Association would oppose any such rule as being contrary to the professional standards to which it and its membership adhere. It is submitted, however, that a psychologist is clearly competent under well-established rules of evidence, to testify as an expert upon matters within the scope of his professional experience.

A CLINICAL PSYCHOLOGIST IS COMPETENT TO EXPRESS PROFESSIONAL OPINIONS UPON THE EXISTENCE OR NON-EXISTENCE OF MENTAL DISEASE OR DEFECT AND UPON THEIR CAUSAL RELATIONSHIPS TO OVERT BEHAVIOR

As will have been noted from the earlier portions of this brief, clinical psychology is given distinct recognition by the Association as a special field within the general science of psychology, requiring its own standards of professional training and competence. Mention has already been made, for example, of the Association's practice of continuously reviewing and approving or withholding approval of the training programs offered by the various colleges and universities in this field.

In addition, the Association has developed and published minimum standards for graduate training programs in clinical psychology. These minimum standards have been synthesized into a statement of fourteen principles. (11) It is believed that the following excerpts from these fourteen principles will furnish a clear picture of the training standards required for a clinical psychologist:

- "1. A clinical psychologist must first and foremost be a psychologist in the sense that he can be expected to have a point of view and a core of knowledge and training which is common to all psychologists..."
- "2. The program of education for the doctorate in clinical psychology should be as rigorous and extensive as that for the traditional doctorate. In general this would represent at least a four-year program which combines academic and clinical training throughout but which includes intensive clinical experience in the form of an internship."
- "3. Preparation should be broad; it should be directed to research and professional goals, not to technical goals. Participants should receive training in three functions: diagnosis, research, and therapy, with the special contributions of the psychologist as a research worker emphasized throughout."
- "4. In order to meet the above requirements the program calls for study in six major areas: a. General psychology; b. Psychodynamics of behavior; c. Diagnostic methods; d. Research methods; e. Related disciplines; f. Therapy. Such a program should go far towards reducing the dangers inherent in placing powerful instruments in the hands of persons who are essentially technicians, persons who from the standpoint of the academic group have no real foundation in a discipline, and who from the standpoint of the clinical group have no well-rounded appreciation of the setting in which they function."
- "5. The program should concern itself mainly with basic courses and principles rather than multiply courses in technique"
- "6. Courses should be scrutinized for their content, rather than judged by their titles. Equally important is the way the content is handled,

that is, the quality of the teaching. Other factors to be evaluated are the internal integration of the course and its integration with other courses, both academic and field"

- "7. The specific program of instruction should be organized around a careful integration of theory and practice, of academic and field work, by persons representing both aspects."
- "8. Through all four years of graduate work the student should have contact, both direct and indirect, with clinical material."
- "9. . . . Equally important is the need for contact with normal material. Opportunities should be provided to enable the student to become acquainted with the range of normal and borderline persons who never establish clinical contacts. Such training is essential in order to keep the student balanced in his interpretation and understanding of the abnormal."
- "10. The general atmosphere of the course of training should be such as to encourage the increase of maturity, the continued growth of the desirable personality characteristics earlier considered. The environment should be 'exciting' to the degree that the assumed 'insatiable' interest in psychological problems is kept alive, the cooperative attitude strengthened, and the passivity usually associated with so much of traditional teaching kept at a minimum. The faculty must recognize its obligation to implant in students the attitude that graduate work is only the beginning of professional education."
- "11. . . . The program should do everything possible to bring out the responsibilities associated with the activities of the psychologist. There should be persistent effort to have the student appreciate that his findings make a real difference to a particular person and to that person's immediate group."
- "12. A systematic plan should be laid to use representatives of related disciplines for teaching the trainee in clinical psychology, and opportunities for joint study with students in these disciplines should be provided."
- "13. Throughout the course of training there should be an emphasis on the research implications of the phenomena with which he is faced, so much so that the student is finally left with the set constantly to ask 'how' and 'why' and 'what is the evidence' about the problems with which he is faced."
- "14. In addition to the research implications of the data he should become sensitive to the social implications; he must acquire the ability to see beyond the responsibilities he owes to the individual patient to those which he owes to society."

As can be noted from the foregoing excerpts, the principal functions of the clinical psychologist are threefold, namely: (1) diagnosis, (2) therapy, and (3) research. These three functions are closely interrelated. From the

standpoint of the profession of psychology, no one of them is of greater importance than the others. However, the diagnostic function is obviously the most relevant to the issue to be decided in the case at bar. For this reason, the diagnostic function will be discussed in this brief, to the exclusion of the therapy and research functions.

In the diagnosis of mental disease and mental defect, including the formulation of professional opinions as to causal relationships between mental disease or defect and overt behavior, a principal tool of the clinical psychologist is found in psychological tests. These tests fall into two major categories.

The first category consists of tests designed to measure a broad band of abilities or capacities by requiring a person to answer specific questions which can be unequivocally scored as correct or incorrect. The Stanford Binet test, mentioned on page 7 of this brief, is one of the best known tests of this sort. Another is the Wechsler-Bellevue Intelligence Scale, which, as the Court will recall, was one of the tests administered to the defendant in this case. The Wechsler-Bellevue Scale was specifically designed for testing adults and ranks first in frequency of use among all psychological tests designed to measure individual intelligence.

The second major category of psychological tests is designed to reveal information about the personality structure and emotional make-up of a person. In tests of this kind, there is obviously no such thing as a right answer or a perfect score. Rather, the person's responses are classified by comparison with those of defined groups of people exhibiting differential personality or emotional characteristics.

Personality tests, themselves, are of two basic types. The first type is represented by the personality inventory which seeks to obtain information about an individual's personality by having him select statements which most nearly describe his feelings or behavior. One of the most widely known of these tests is the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, often used in education, business and industry.

The second type of personality test is represented by the projective instrument which seeks to stimulate a person to project or reveal his personality or emotions through his interpretation of or reaction to materials that are not in question and answer form. The person may be asked to tell what he sees in patterns derived from ink blots, as in the Rorschach Test; to select pictures of people he particularly likes and dislikes, as in the Szondi Test; or to tell a story about what is going on in a series of action pictures, as in the Thematic Apperception Test; or to copy groups of dots, lines and geometrical figures as in the Bender-Gestalt Test; or to draw a picture of a man or woman as in the projective drawing tests.

In general, both ability and personality tests are based on extensive normative samples of human behavior, developed according to established principles of psychological measurement, and standardized in administration to eliminate, insofar as possible, extraneous factors which might affect the interpretation of their results.

Infallibility is not claimed for any psychological test, and no professional psychologist would assert that he could reach a valid diagnosis upon the basis of test results alone. However, the use of test results, in conjunction with a review of a person's history and evaluative interviews, can be extremely useful to the clinical psychologist in reaching informed opinions as to the nature and existence of non-existence of mental disease or defect in a given subject and as to the causal relationship or lack thereof between such mental disease or defect and the subject's overt behavior.

As stated by a leading authority on psychological tests: (12)

"All in all, psychological testing is an accomplishment its developers may well boast of. Errors of measurement have been reduced year by year, and the significance of tests has been increased, until today all facets of American society feel the impact of the testing movement. The school, industry, marriage, governmental policy, and character-building agencies have all been aided by tests. Interpretations of test data are daily creating better lives by guiding a man into a suitable lifework, by placing an adolescent under therapy which will avert mental disorder, or by detecting causes of a failure in school which could turn a child into a beaten individual. Methods are now available which, if used carefully by responsible interpreters, can unearth the talents in the population and identify personality aberrations which could cause those talents to be wasted. Building on these techniques we are in a position to capitalize as never before on the richness of human resources."

D

EXPERIENCE IS THE ESSENTIAL LEGAL INGREDIENT OF COMPETENCE
TO GIVE AN EXPERT OPINION

Although the question presented upon this rehearing is one of first impression in this jurisdiction, it does not involve any new or novel legal principles, but rather involves the application of well-established and simple legal principles to a factual situation which this Court has not heretofore been asked to consider.

The fundamental legal principle governing the competence of a witness to express a professional expert opinion is in essence no different from that which governs the competence of any witness to testify in a judicial proceeding. As has been aptly observed by Wigmore, (13) the essential qualification of any witness, lay or expert, is that he have sufficient experience with the subject of his testimony to enable him to testify reliably. In the case of the lay witness, this essential experience is usually nothing more than suitable ability and opportunity to observe and remember the event or occurrence as to which he testifies. Except in the case of children of tender years and perhaps a few other special cases, it is assumed that the lay witness possesses these essential requisites and he is not required to demonstrate them before giving the substance of his testimony.

In the case of the expert witness there must be a showing that he possesses some special and peculiar experience before he is permitted to proceed to the substance of his testimony. However, there is nothing arcane about this requirement of a showing of special and peculiar experience. As stated by Wigmore:

"This special and peculiar experience may have been attained, so far as legal rules go, in any way whatever; all the law requires is that it should have been attained. Yet it is possible here to group roughly two classes of experience which are usually, though not necessarily, found separately:

- (a) There is, first an occupational experience,--
- (b) There is, secondly, a systematic training

Now, the line, if any can be drawn, between these two has no general legal significance. In truth, no accurate line can be drawn. Each shades into the other imperceptibly. In some instances, the witness will need both; in some instances he may have both, though he does not need both. Neither is generally favored above the other by the Courts. The question in each instance is whether the particular witness is fitted as to the matter in hand." (14)

Applying the foregoing basic principle to the issue presented upon this rehearing, we submit that the clinical psychologist is fully qualified both by occupational experience and by systematic training to express a professional expert opinion in a criminal case upon the existence or non-existence of mental disease or defect in the defendant and the causal relationship or lack of causal relationship between such mental disease or defect and the criminal conduct with which the defendant is charged.

It is submitted that the case of *People v. Hawthorne*, (1940) 293 Mich. 15, 291 N.W. 205, cited and discussed in the briefs of both appellant and appellee herein, illustrates the correct application of established legal principles to the question of the clinical psychologist's competence to testify in criminal cases as an expert witness of professional standing. In that case, a defendant charged with murder proffered a psychologist as an expert witness in support of his defense of insanity. The trial court refused to permit the psychologist to give his professional opinion upon the defendant's mental condition in response to a hypothetical question. On appeal from conviction, a majority of the Supreme Court of Michigan, although affirming the conviction upon other grounds, joined in an opinion declaring that the trial court had erred in rejecting the professional opinion of the psychologist. In reaching this conclusion, and in rejecting the argument that only a doctor of medicine should be permitted to give such testimony, the opinion states:

"There is no magic in particular titles and degrees, and in our age of intense scientific specialization we might deny ourselves the use of the best knowledge available by a rule that would immutably fix the educational qualifications to a particular degree."

CONCLUSION

In light of the foregoing it is clear that psychology is an established science and profession. It is also clear that psychologists are highly trained experts in their profession. As an adjunct to these conclusions it is also clear that the clinical psychologist, through systematic professional training and through professional experience, is qualified to formulate and express expert professional opinions in the field of mental disease and mental defect.

By reason of this professional competence, it is submitted that the clinical psychologist is fully qualified under the established legal principles governing competence of expert witnesses, to express a professional expert opinion in criminal cases upon the issues governing criminal responsibility under the Durham rule.

For these reasons it is respectfully urged that the issue presented upon this rehearing was correctly decided by the panel of this Court that first heard this appeal.

HANSON, HANSON and COBB

BY ARTHUR B. HANSON
808 - 17th Street, N.W.
Washington, D. C.

COCHRAN and L'HOMMEDIEU

BY DEAN FARRINGTON COCHRAN and
SAMUEL J. L'HOMMEDIEU, JR.
Federal Bar Building
Washington, D. C.

FOR AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
AMICUS CURIAE

- (1) This Court's Slip Opinion of October 26, 1961, in this case, p. 12.
- (2) Ibid.
- (3) Id., at p. 9.
- (4) Bylaws of the American Psychological Association, Article II, Paragraphs 2 and 3.
- (5) Id., Article II, Paragraphs 4 and 5.
- (6) Id., Article II, Paragraphs 6 and 7.
- (7) Id., Article II, Paragraph 6.

Anexo II. Código Penal (Circunstancias eximentes y atenuantes)

De las causas que eximen de la responsabilidad criminal

Artículo 19.

Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código.

Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor.

Artículo 20.

Están exentos de responsabilidad criminal:

1.º 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.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

4.º El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:

Primero. Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminentes. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquélla o éstas.

Segundo. Necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla.

Tercero. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

5.º El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:

Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.

Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

6.º El que obre impulsado por miedo insuperable.

7.º El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

En los supuestos de los tres primeros números se aplicarán, en su caso, las medidas de seguridad previstas en este Código.

CAPÍTULO III

De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal

Artículo 21.

Son circunstancias atenuantes:

- 1.^a Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.
- 2.^a La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.
- 3.^a La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.
- 4.^a La de haber procedido el culpable, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra él, a confesar la infracción a las autoridades.
- 5.^a La de haber procedido el culpable a reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la celebración del acto del juicio oral.
- 6.^a La dilación extraordinaria e indebida en la tramitación del procedimiento, siempre que no sea atribuible al propio inculpado y que no guarde proporción con la complejidad de la causa.

Artículo 31 quater.

1. Sólo podrán considerarse circunstancias atenuantes de la responsabilidad penal de las personas jurídicas haber realizado, con posterioridad a la comisión del delito y a través de sus representantes legales, las siguientes actividades:

- a) Haber procedido, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra ella, a confesar la infracción a las autoridades.
- b) Haber colaborado en la investigación del hecho aportando pruebas, en cualquier momento del proceso, que fueran nuevas y decisivas para esclarecer las responsabilidades penales dimanantes de los hechos.
- c) Haber procedido en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad al juicio oral a reparar o disminuir el daño causado por el delito.
- d) Haber establecido, antes del comienzo del juicio oral, medidas eficaces para prevenir y descubrir los delitos que en el futuro pudieran cometerse con los medios o bajo la cobertura de la persona jurídica.

ANEXO III. Código Penal (Medidas de seguridad)

Artículo 6.

1. Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.

2. Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

Artículo 60.

1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.

El Juez de Vigilancia comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

2. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente.

TÍTULO IV De las medidas de seguridad

CAPÍTULO I De las medidas de seguridad en general

Artículo 95.

1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias:

1.ª Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.

2.ª Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

2. Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el juez o tribunal sentenciador sólo podrá acordar alguna o algunas de las medidas previstas en el artículo 96.3.

Artículo 96.

1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

2. Son medidas privativas de libertad:

1.ª El internamiento en centro psiquiátrico.

2.ª El internamiento en centro de deshabitación.

3.ª El internamiento en centro educativo especial.

3. Son **medidas no privativas de libertad**:

1.ª) La inhabilitación profesional.

2.ª) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.

3.ª) La libertad vigilada

4.ª) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

5.ª) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

6.ª) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

Artículo 97.

Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones:

a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.

b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.

c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida.

d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código.

Artículo 98.

1. A los efectos del artículo anterior, cuando se trate de una medida de seguridad privativa de libertad o de una medida de libertad vigilada que deba ejecutarse después del cumplimiento de una pena privativa de libertad, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma. Para formular dicha propuesta el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad o por las Administraciones Públicas competentes y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene.

2. Cuando se trate de cualquier otra medida no privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador recabará directamente de las Administraciones, facultativos y profesionales a que se refiere el apartado anterior, los oportunos informes acerca de la situación y la evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva.

3. En todo caso, el Juez o Tribunal sentenciador resolverá motivadamente a la vista de la propuesta o los informes a los que respectivamente se refieren los dos apartados anteriores, oída la propia persona sometida a la medida, así como el Ministerio Fiscal y las demás partes. Se oirá asimismo a las víctimas del delito que no estuvieren personadas cuando así lo hubieran solicitado al inicio o en cualquier momento de la ejecución de la sentencia y permanezcan localizables a tal efecto.

Artículo 99.

En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3.

Artículo 100.

1. El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar a que el juez o tribunal ordene el reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado.

2. Si se tratare de otras medidas, el juez o tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para el supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrase su necesidad.

3. En ambos casos el Juez o Tribunal deducirá testimonio por el quebrantamiento. A estos efectos, no se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate.

CAPÍTULO II**De la aplicación de las medidas de seguridad****Sección 1.ª De las medidas privativas de libertad****Artículo 101.**

1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

Artículo 102.

1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

Artículo 103.

1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3.º del artículo 20, se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en un centro educativo especial o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado tercero del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3) En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 98 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza.

Artículo 104.

1. En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1.º, 2.º y 3.º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.

2. Cuando se aplique una medida de internamiento de las previstas en el apartado anterior o en los artículos 101, 102 y 103, el juez o tribunal sentenciador comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la proximidad de su vencimiento, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

Sección 2.ª De las medidas no privativas de libertad

Artículo 105. En los casos previstos en los artículos 101 a 104, cuando imponga la medida privativa de libertad o durante la ejecución de la misma, el Juez o Tribunal podrá imponer razonadamente una o varias medidas que se enumeran a continuación. Deberá asimismo imponer alguna o algunas de dichas medidas en los demás casos expresamente previstos en este Código.

1. Por un tiempo no superior a cinco años:

- a) Libertad vigilada.
- b) Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

2. Por un tiempo de hasta diez años:

- a) Libertad vigilada, cuando expresamente lo disponga este Código.
- b) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.
- c) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

Para decretar la obligación de observar alguna o algunas de las medidas previstas en este artículo, así como para concretar dicha obligación cuando por ley viene obligado a imponerlas, el Juez o Tribunal sentenciador deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales encargados de asistir al sometido a la medida de seguridad.

El Juez de Vigilancia Penitenciaria o los servicios de la Administración correspondiente informarán al Juez o Tribunal sentenciador.

En los casos previstos en este artículo, el Juez o Tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la ayuda o atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad.

Artículo 106.

1. La libertad vigilada consistirá en el sometimiento del condenado a control judicial a través del cumplimiento por su parte de alguna o algunas de las siguientes medidas:

- a) La obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su seguimiento permanente.
- b) La obligación de presentarse periódicamente en el lugar que el Juez o Tribunal establezca.
- c) La de comunicar inmediatamente, en el plazo máximo y por el medio que el Juez o Tribunal señale a tal efecto, cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.
- d) La prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal.
- e) La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- f) La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- g) La prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos.
- h) La prohibición de residir en determinados lugares.
- i) La prohibición de desempeñar determinadas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza.
- j) La obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.
- k) La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 105, el Juez o Tribunal deberá imponer en la sentencia la medida de libertad vigilada para su cumplimiento posterior a la pena privativa de libertad impuesta siempre que así lo disponga de manera expresa este Código.

En estos casos, al menos dos meses antes de la extinción de la pena privativa de libertad, de modo que la medida de libertad vigilada pueda iniciarse en ese mismo momento, el Juez de Vigilancia Penitenciaria, por el procedimiento previsto en el artículo 98, elevará la oportuna propuesta al Juez o Tribunal sentenciador, que, con arreglo a dicho procedimiento, concretará, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 97, el contenido de la medida fijando las obligaciones o prohibiciones enumeradas en el apartado 1 de este artículo que habrá de observar el condenado.

Si éste lo hubiera sido a varias penas privativas de libertad que deba cumplir sucesivamente, lo dispuesto en el párrafo anterior se entenderá referido al momento en que concluya el cumplimiento de todas ellas.

Asimismo, el penado a quien se hubiere impuesto por diversos delitos otras tantas medidas de libertad vigilada que, dado el contenido de las obligaciones o prohibiciones establecidas, no pudieran ser ejecutadas simultáneamente, las cumplirá de manera sucesiva, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal pueda ejercer las facultades que le atribuye el apartado siguiente.

3. Por el mismo procedimiento del artículo 98, el Juez o Tribunal podrá:

- a) Modificar en lo sucesivo las obligaciones y prohibiciones impuestas.
- b) Reducir la duración de la libertad vigilada o incluso poner fin a la misma en vista del pronóstico positivo de reinserción que considere innecesaria o contraproducente la continuidad de las obligaciones o prohibiciones impuestas.
- c) Dejar sin efecto la medida cuando la circunstancia descrita en la letra anterior se dé en el momento de concreción de las medidas que se regula en el número 2 del presente artículo.

4. En caso de incumplimiento de una o varias obligaciones el Juez o Tribunal, a la vista de las circunstancias concurrentes y por el mismo procedimiento indicado en los números anteriores, podrá modificar las obligaciones o prohibiciones impuestas. Si el incumplimiento fuera reiterado o grave, revelador de la voluntad de no someterse a las obligaciones o prohibiciones impuestas, el Juez deducirá, además, testimonio por un presunto delito del artículo 468 de este Código.

Artículo 107. El Juez o Tribunal podrá decretar razonadamente la medida de inhabilitación para el ejercicio de determinado derecho, profesión, oficio, industria o comercio, cargo o empleo, por un tiempo de uno a cinco años, cuando el sujeto haya cometido con abuso de dicho ejercicio, o en relación con él, un hecho delictivo, y cuando de la valoración de las circunstancias concurrentes pueda deducirse el peligro de que vuelva a cometer el mismo delito u otros semejantes, siempre que no sea posible imponerle la pena correspondiente por encontrarse en alguna de las situaciones previstas en los números 1.º, 2.º y 3.º del artículo 20.

Artículo 108.

1. Si el sujeto fuera extranjero no residente legalmente en España, el juez o tribunal acordará en la sentencia, previa audiencia de aquél, la expulsión del territorio nacional como sustitutiva de las medidas de seguridad que le sean aplicables, salvo que el juez o tribunal, previa audiencia del Ministerio Fiscal, excepcionalmente y de forma motivada, aprecie que la naturaleza del delito justifica el cumplimiento en España.

La expulsión así acordada llevará consigo el archivo de cualquier procedimiento administrativo que tuviera por objeto la autorización para residir o trabajar en España.

En el supuesto de que, acordada la sustitución de la medida de seguridad por la expulsión, ésta no pudiera llevarse a efecto, se procederá al cumplimiento de la medida de seguridad originariamente impuesta.

2. El extranjero no podrá regresar a España en un plazo de 10 años, contados desde la fecha de su expulsión.

3. El extranjero que intentara quebrantar una decisión judicial de expulsión y prohibición de entrada a la que se refieren los apartados anteriores será devuelto por la autoridad gubernativa, empezando a computarse de nuevo el plazo de prohibición de entrada en su integridad.

Artículo 135.

1. Las medidas de seguridad prescribirán a los diez años, si fueran privativas de libertad superiores a tres años, y a los cinco años si fueran privativas de libertad iguales o inferiores a tres años o tuvieran otro contenido.

2. El tiempo de la prescripción se computará desde el día en que haya quedado firme la resolución en la que se impuso la medida o, en caso de cumplimiento sucesivo, desde que debió empezar a cumplirse.

3. Si el cumplimiento de una medida de seguridad fuere posterior al de una pena, el plazo se computará desde la extinción de ésta.

Anexo IV. Pruebas de interés neurojurídico

Pruebas valoración funciones ejecutivas:

- **Torre de Hanoi** (Gagné y Smith, 1962)
- **Trail Making Test** (U.S. Army, 1949; Reitan, 1955)
- **Prueba de interferencias cognitivas** (o efecto stroop)

Valoraciones factores emocionales y de personalidad:

- **Inventario de cambios de Personalidad Neurológicos (NECHAPI)** (León, 1998) → Se diseñó con la finalidad de detectar las alteraciones emocionales que, con mayor frecuencia, se presentan en sujetos como consecuencia de una alteración neurológica

Questionarios que exploran la impulsividad

- **Escala de impulsividad de Barrat** (Barret Impulsiveness Scale)
- **Escala de impulsividad de Plutchik, -EI-** (Scale of Impulsivity)
- **Escala de control de impulsos Ramón y Cajal** (ECIRyC)

Questionarios que exploran la heteroagresividad

- **Escala de agresividad manifiesta** (Overt Agression Scale OAS)
- **Escala de comportamiento agitado de Corrigan** (Agitated Behavior Scale, ABS)
- **Escala de riesgo de violencia de Plutchik** (Risk of Violence, RV)
- **Escala de hostilidad de Buss-Durkee** (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

Questionarios que exploran la autoagresividad

- **Escala de intencionalidad suicida de Beck** (Suicide Intent Scale, SIS)
- **Escala de riesgo suicida de Plutchik** (Risk of Suicide, RS)
- **Escala de ideación suicida** (SSI)

Pruebas para valorar el riesgo

- **Manual de valoración del riesgo de violencia sexual** (SVR-20) → ofrece una valoración precisa del riesgo de violencia a fin de mejorar la prevención y valorar la reinserción. Por ejemplo, un bajo riesgo indicaría que sería apropiado la libertad provisional.

Prueba para valorar la psicopatía

- **PCL-R** (Hare, 1991)

Anexo V. Agresividad reactiva vs agresividad proactiva

(Andreu, 2009, p. 88-90)

	Agresividad reactiva	Agresividad proactiva
Características diferenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación emocional negativa -En respuesta a una provocación percibida -Tendencia a atribución de hostilidad -Impulsiva -Historia de victimización y maltrato 	<ul style="list-style-type: none"> -Agresión con un objetivo -No activación emocional negativa -Creencia en la eficacia positiva y en los resultados de la violencia -No impulsiva -Exposición a modelos agresivos
Desencadenantes	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor -Amenaza -Miedo -Ira 	<ul style="list-style-type: none"> -Beneficio -Diversión -Placer
Correlatos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> -Sesgos atribucionales hostiles -Distorsiones cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoeficacia -Justificación y evaluación positiva de las consecuencias
Correlatos motivacionales	<ul style="list-style-type: none"> -Producción de daño 	<ul style="list-style-type: none"> -Obtención de beneficio
Correlatos emocionales	<ul style="list-style-type: none"> -Remordimiento, culpabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Bienestar, satisfacción
Mecanismos básicos de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> -Reforzamiento negativo 	<ul style="list-style-type: none"> -Reforzamiento positivo
Correlatos neurobiológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Amígdala -Hemisferio derecho 	<ul style="list-style-type: none"> -Córtex prefrontal -Hemisferio izquierdo
Correlatos psicopatológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno explosivo intermitente -Trastorno negativista desafiante -Trastorno límite de la personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno disocial -Trastorno antisocial de la personalidad -Psicopatía
Correlatos socio-culturales	<ul style="list-style-type: none"> Mayor aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> Menor aceptación

Anexo VI. Caso para ilustrar – a nivel clínico y judicial – el tránsito hacia la psicopatía desde la tierna infancia en un niño con predisposiciones neurobiológicas (Viding, 2007, traducido en Tobeña, 2017, p.43)

Mark era el segundo hijo de Lisa y Tom. Después de haber tenido un primer retoño sin esperarlo, Tom tuvo que abandonar sus estudios preuniversitarios y ponerse a trabajar en un almacén. La familia pasaba apuros económicos y Lisa estaba a menudo depresiva. Lisa recuerda que Mark fue siempre una criatura muy diferente a su hermana mayor, difícil de manejar, con gritos y rabietas muy frecuentes, y con una aparente incapacidad para retornar afecto a sus padres. No respondía a los intentos de interactuar o jugar, mirando, a menudo, hacia otra parte cuando Lisa le hablaba. Se mostraba con frecuencia violento con otros niños, intentando lastimarlos cuando los mayores se distraían. Era también cruel con la mascota familiar y no se le podía dejar a solas con ella. Rompía deliberadamente los juguetes de su hermana y hubo muchas ocasiones en que la pegó y la mordió con severidad.

Parecía no tener miedo a nada y ser inmune a los castigos, como, por ejemplo, aislarlo por un tiempo en las escaleras o en el desván. Mostraba muy poca empatía hacia los demás y cuando se le pedía que imaginara el daño que había ocasionado, se quedaba inerte y mirando en blanco.

En la escuela primaria, los problemas de Mark fueron rápidamente en aumento y fue trasladado a un centro educativo para niños con problemas comportamentales. Su hermana, en cambio, progresaba muy bien en la escuela y tenía muchos amigos. En la adolescencia, la conducta de Mark en el instituto se caracterizó por las acciones agresivas, el acoso y el chantaje a los compañeros, intimidaciones a los profesores y total ausencia de remordimiento por su conducta. Ninguna de las sanciones impuestas por los centros por donde pasó pareció tener efecto alguno sobre él. Comenzó, además, a acumular ausencias injustificadas y a los quince años ya había participado en diversos robos. Sus padres dejaron de tener la menor influencia sobre él y merodeaba con sus compinches, aunque no parecía tener amigos sólidos. Sus conocidos iban variando en función del provecho que podía extraer de ellos. A menudo los implicaba si lo pillaban en falta para intentar salvar su piel o atenuar su responsabilidad.

Poco después de cumplir los dieciocho años fue condenado, por primera vez, a reclusión carcelaria por un robo con violencia. Al salir de la prisión continuó con su carrera delictiva. No montó una familia, aunque tuvo un rosario de parejas, dos de las cuales quedaron preñadas. Mark no mostró el menor interés en ocuparse de las criaturas o en proporcionar ayuda económica. Se dedicó al tráfico de drogas, estuvo implicado en varias estafas y acabó en la cárcel, por segunda vez, por haber matado a un socio por un litigio sobre dinero.

Al llegar a adulto el perfil de Mark fue sometido a un escrutinio sistemático por parte de los psicólogos de la cárcel. Dejaron escrito, en los informes, que Mark raramente expresaba culpa o remordimiento por haber matado a un amigo y que parecía incapaz de sentir empatía, mientras que disfrutaba cuando manipulaba a los demás. Registraron, además, su implicación en una considerable variedad de acciones criminales fuera y dentro de la prisión.

Aunque los rasgos psicopáticos de Mark se manifestaron con tonos diferentes en función de la edad, su conducta mostró de manera invariable a lo largo de toda su trayectoria una total falta de escrúpulos o de preocupaciones por el daño o los perjuicios ocasionados por los demás.

Anexo VII. Informe pericial Sr. XX

Audiencia Provincial de Girona)

Sección Tercera (Penal)

Rollo nº 82/2013

D. Luis Borrás Roca, doctor en medicina, especialista en psiquiatría y en medicina legal, médico forense en excedencia y profesor asociado de medicina legal de la Universidad de Medicina de Barcelona y Dña. Marta Vizcaíno Rakosnik, psicóloga especializada en Peritación Forense Penal, Civil, Laboral y Familiar y profesora de psicología jurídica de la Universidad Abat Oliba (CEU) de Barcelona, manifestamos que actuando como peritos a instancia del acusado el Sr. **XX** y con la finalidad de valorar el estado psíquico del mismo en el momento de la comisión, en su caso, de los hechos que se le atribuyen, hemos reconocido al mismo y tras lo cual, emitimos el siguiente:

INFORME PSIQUIÁTRICO - LEGAL

Elementos valorativos:

- 1- **Tres entrevistas con el acusado, D. XX, que han tenido lugar en el Centro Penitenciario donde se encuentra internado.**
- 2- Administración al acusado de la prueba psicométrica, el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).
- 3- **Entrevista con la madre del acusado, Dña. MMM.**
- 4- **Análisis documental y de los informes médicos que nos ha aportado la madre.**

Antecedentes pato - biográficos:

Según nos ha expuesto el reconocido, que actualmente tiene 32 años de edad, es natural de ????. Tiene un hermano mayor de 33 años y tenía además una hermana gemela, que murió a los 25 años de edad de un accidente de tráfico. Nos manifiesta que su padre murió en el año 2008 porque padecía cáncer. Refiere haber tenido una infancia que describe como buena.

En relación a sus estudios, nos refirió que estudió hasta la E.S.O y posteriormente realizó un grado de ciclo formativo superior de conducción de actividades físico deportivas de medio natural y posteriormente estudió para ser director de actividades de esparcimiento.

En la esfera laboral, desde los 15 años trabajó con niños y ha tenido diferentes funciones: dirigía el casal de verano de ???, tenía una empresa de actividades de ocio, era coordinador de la escuela de handball y animador de bodas.

A la edad de 13 años, nos manifiesta (y así consta en los informes médicos que nos ha aportado y que se adjuntan), que tuvo un accidente cuando iba en bicicleta y se dio un golpe en la cabeza y por este motivo fue ingresado en el Hospital ??????. Al ingreso al Hospital, estaba consciente pero desorientado, se observó que sufrió una fractura de cráneo localizada en la frente, siendo el TAC cerebral inicialmente normal. No obstante, pasados tres días, se observó en un nuevo TAC, que además de la fractura de cráneo tenía un *“pequeño hematoma epidural derecho, una hemorragia subdural, discreto borramiento de las cisternas de la base del tercer ventrículo compatible con edema, estructuras de la línea media centradas y hematoma de partes blandas frontal izquierdo”*.

Otro accidente que también lesionó su cerebro, y que también está médicamente documentado, lo describe el Sr. XX explicando que cuando tenía 21 años, estaba en el interior del coche de la rua de carnaval de ????? tapado con una lona y fue entrando monóxido de carbono, por lo que se intoxicó con este gas, perdiendo la conciencia y le tuvieron que llevar de urgencias al ?????, para ser tratado en una cámara hiperbárica, ya que a su ingreso tenía en la sangre un 46,2 % de monóxido de carbono, cifra ésta muy elevada y que indica que existió afectación neurológica. Este tipo de intoxicación, a esta concentración concreta, (que debió de ser más elevada en el momento de la intoxicación, puesto que tardaron más de una hora en llegar al ?????) con mucha probabilidad debió dejar secuelas psiquiátricas permanentes que se sumaron a las consecutivas al traumatismo craneal mencionado que sufrió previamente a esta segunda injuria cerebral.

En relación a su vida afectivo - sexual, el Sr. XX nos refirió que está soltero y que nunca ha tenido relaciones de pareja debido a que se considera una persona poco comunicativa.

Exploración clínica

Aspecto externo y presentación: Viste adecuadamente, su apariencia externa en cuanto a aseo y presentación es normal.

Inteligencia: Adecuada, comprendiendo bien cuantas cuestiones le han sido planteadas durante la entrevista.

Orientación: Correcta, tanto en el tiempo como en el espacio, conociendo su identidad, circunstancias y situándose en el entorno.

Memoria: Conservada, tanto para los hechos antiguos como para los recientes.

Consciencia: Está consciente y en estado de lucidez, sin que se observen signos propios de intoxicación por drogas ni de somnolencia.

Senso - percepción y curso del pensamiento: En su discurso no se observan ideas de contenido delirante, expresándose de forma coherente y lógica, siendo adecuado el curso y el contenido de su pensamiento.

Afectividad: Se muestra frío e indiferente ante los hechos de los que se le acusa, careciendo de resonancia afectiva. Pero esta frialdad no es la propia de alguien afectado de una psicopatía, sino que obedece, dados sus antecedentes clínicos, a un síndrome orgánico cerebral. En ocasiones tiene muestras superficiales de júbilo que alterna con estados prolongados de apatía e indiferencia.

Consumo tóxico: No se observan estigmas propios de consumo de drogas.

Personalidad: Se evidencia en su carácter una personalidad marcadamente introvertida y con frialdad de emociones, por lo que en muchos momentos de la exploración cuesta que explique sus cosas íntimas o minimiza hechos importantes. Hay casi que hacerle preguntas continuamente, o de lo contrario no quiere expresar casi nada. Además observamos que es una persona que no exterioriza sus sentimientos, ya que normalmente no explica sus problemas y evade los acontecimientos negativos que ha vivido (como son la muerte de su hermana y de su padre que no los ha exteriorizado); su forma de pasar el duelo fue haciendo actividades de forma continuada.

Sexualidad: Es difícil ahondar en este tema debido a la dificultad que tiene para expresar sus pensamientos íntimos. Nos manifiesta que la sexualidad ha sido poco vivida por él, ya que es un tema que refiere que no le preocupa. No obstante, de los datos que extraemos de autos y del visionado de las imágenes que constan en los mismos, deducimos que debe presentar un trastorno de la esfera sexual en forma de parafilia y concretamente una pedofilia y voyeurismo. La descarga de material sexual que ha hecho, si se confirma, desde internet, nos indica que es una persona que tiene muy arraigada estas parafilias.

Resultados obtenidos en la prueba psicométrica

Se le administró al reconocido el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Es una prueba que permite una valoración de la psicopatología en adultos, mediante 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales. En el ámbito forense el PAI es utilizado tanto para

el screening y diagnóstico como para la detección de grupos de interés forense específicos (p. ej., valoración de peligrosidad, custodia de menores, psicopatía, maltrato...). La validez del protocolo que realizó el Sr. XX es interpretable. Obtiene una puntuación de 67 en la escala de nivel de actividad y esto significa que es una persona que realiza cantidad de actividades motoras con una reducción de su calidad, puesto que profundiza poco en lo que hace; este hecho lo observamos por la gran variedad de actividades que realizaba en el pasado. También obtiene una puntuación elevada, siendo de 71, en la escala de indiferencia social y esto indica que es una persona que no disfruta de las relaciones cercanas y prefiere el aislamiento social ; esta escala elevada se puede observar a nivel clínico, ya que se evidencia en la entrevista que es una persona lejana en el trato, que no tiene muchas amistades, no ha tenido relaciones afectivas importantes en su vida, ni le ha interesado buscarlas y que es una persona que prefiere la soledad, ya que no le gusta expresar sus sentimientos ni entablar conversaciones; en las otras escalas que componen la prueba del PAI, el reconocido se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad, sin observarse patología mental significativa.

En relación a la esfera sexual, el Sr. XX es una persona muy introvertida y con miedo a comunicar lo que le ocurre, por lo que a nivel psicométrico cuesta que refleje estas tendencias sexuales poco comunes referidas a la excitación sexual que estamos convencidos que padece.

Diagnósticos

Según nuestra valoración, el reconocido tiene suficientes criterios clínicos como para ser tributario de los siguientes diagnósticos, incluidos en la Clasificación internacional CIE-10 de la OMS:

- **F65.4 PEDOFILIA.**
- **F65.3 VOYEURISMO**
- **F07.0 TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD**

Comentarios diagnósticos

Las parafilias son formas poco usuales y preferentes de excitación sexual. Por ejemplo, exhibicionismo, sadismo, necrofilia, pedofilia, gerontofilia, voyerismo etc.

Se desconocen en muchos casos las causas de dichas alteraciones, aunque en ocasiones se han relacionado con alteraciones del aprendizaje de la sexualidad durante la infancia, con traumas sexuales, con enfermedades orgánicas cerebrales y con factores hormonales.

La pedofilia

Esta parafilia, tiene que darse durante un período de por lo menos 6 meses, en los que la persona tiene fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o algo mayores (13 años aproximadamente). Es una excitación sexual preferente por esos niños que por individuos físicamente maduros. Estas fantasías y necesidades sexuales producen al sujeto un malestar clínicamente significativo. La persona tiene que tener un mínimo de 18 años y debe de ser 5 años mayor que el niño por el que siente excitación.

Las formas de expresión de la conducta sexual son diversas; en ocasiones, la excitación y actividad sexual se consigue con la simple contemplación del menor o bien de fotografías o imágenes del niño y en otras, implica la práctica de actos sexuales con el mismo.

La pedofilia puede ser homosexual o bien heterosexual. Pueden llegar a acumular o incluso intercambiar material audiovisual relacionado con actividades sexuales practicadas con niños o entre menores.

El voyeurismo

Es una parafilia específica relacionada con la erotización patológica obtenida de la mirada. Según el DSM-5 (Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales vigente), durante un período de al menos 6 meses, la persona tiene fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar a personas desnudas, desnudándose o que se encuentren en plena actividad sexual. Normalmente no buscan mantener relaciones sexuales con la víctima. Su práctica empieza antes de los 15 años de edad. Este tipo de personas suelen tener sentimientos de inadaptación social y suelen carecer de habilidades sociales y sexuales. También suelen tener gran dificultad para establecer relaciones comunicativas. A este tipo de voyeur, tímido y con dificultades para relacionarse con mujeres, le supone una gratificación sexual espiar a las mismas o bien en su defecto, a menores. Además esto le da seguridad, ya que no hay posibilidad de rechazo. El voyeur puede masturbarse mientras está espiando o después mientras se reproduce la imagen mentalmente. Puede fantasear con el sexo mientras está observando a dicha persona aunque no tenga la intención de buscar relaciones sexuales con ella. Su principal motivación es excitarse y buscar la satisfacción sexual mediante la observación de personas conocidas o desconocidas, sin su consentimiento.

Trastorno orgánico de la personalidad

El cambio de la personalidad o trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento, es debido a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral. En algunos casos las características concretas de las manifestaciones de estos trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento residuales o concomitantes, pueden sugerir el tipo o localización de la afección cerebral.

Este tipo de trastorno que se caracteriza por una alteración significativa de las formas previas de ser del sujeto en cuanto a su comportamiento antes de la enfermedad o de la lesión cerebral. Estas alteraciones del carácter afectan de un modo particular a la **expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos**. Los procesos cognoscitivos pueden también estar afectados, incluso exclusivamente en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como ocurre en el llamado síndrome

del lóbulo frontal. No obstante, se sabe que este síndrome se presenta no sólo en las lesiones del lóbulo frontal, sino también en lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro.

Pautas para el diagnóstico

Claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes ítems (los que están en negrita se dan en este caso).

- a) Capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieran períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.
- b) Alteraciones emocionales, caracterizados por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada (euforia, expresiones inadecuadas de júbilo) y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía.
- c) Expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales).
- d) Trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacia o ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto (por ejemplo, la religión, el "bien y el mal"), o por ambas a la vez.
- e) Marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, "sobreinclusividad", pegajosidad e hipergrafía.
- f) Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

Incluye:

Síndrome del lóbulo frontal.

Trastorno de personalidad de la epilepsia límbica.

Síndrome pos lobotomía.

Personalidad orgánica pseudopsicopática.

Personalidad orgánica pseudorretrasada.

Estado pos leucotomía.

Excluye:

Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (F62.0).

Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica (F62.1).

Síndrome postconmocional (F07.2).

Síndrome postencefálico (F07.1).

Trastornos de personalidad (F60.-).

Intoxicación por monóxido de carbono

En individuos normales, la concentración de monóxido de carbono en la sangre es del 1,5% y puede alcanzar hasta el 2,5% en áreas urbanas contaminadas, y estas cifras pueden elevarse hasta el 7-8%, encontrándose dentro del rango de normalidad. Pero en el caso que nos ocupa, la intoxicación que sufrió el acusado en su infancia fue del 46,2 % al llegar al ?????, cifra ésta muy elevada y que pudo ser aún mayor cuando perdió el conocimiento mientras se intoxicaba, lo que ocurrió casi una hora antes de llegar al Hospital. (por encima del 50 % se pierde la conciencia y del 60 % se produce la muerte).

% de CO	Clínica
< 10%	Asintomático
10-20%	Cefalea, vasodilatación
20-30%	Cefalea, disnea, angor de esfuerzo
30-40%	Alteraciones visuales, debilidad, sopor
40-50%	Síncope, taquicardia, taquipnea
50-60%	Respiración irregular, convulsiones, coma
> 60%	Parada cardiorrespiratoria, muerte

Las alteraciones sobre la esfera psiquiátrica tras la intoxicación, en forma de secuelas, pueden desarrollarse tras exposiciones severas al CO, como ha ocurrido en el caso presente, apareciendo los síntomas de una forma insidiosa. Pude presentarse desorientación, alteración orgánica de la personalidad, y lesiones neurológicas como alteración de la visión, agnosia, apraxia, y parkinsonismo.

Valoraciones médico - legales

A nuestro modo de entender, el acusado, que deducimos de los datos que constan en autos que padece una serie de parafilias o alteraciones de la conducta sexual, en concreto una **pedofilia y un voyeurismo**, sufrió a los 13 años de edad un **traumatismo craneal** que se asoció a *“fractura de cráneo, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural frontal, edema de la base de cráneo y del tercer ventrículo”*. Este traumatismo, al ser grave, tuvo que dejar necesariamente una serie de secuelas neuro - psiquiátricas, entre las que hemos observado clínicamente las siguientes, que por sus características coinciden con un síndrome orgánico de la personalidad propio de una lesión predominante del lóbulo frontal: indiferencia afectiva, impulsividad, inadecuada gestión de las emociones, escasa trascendencia de las consecuencias sociales de sus

acciones, desinhibición sexual, y alteraciones emocionales que pueden pasar de la euforia inmotivada a la apatía y frialdad.

Algunos de estos síntomas, entre los que se incluye la desinhibición, la impulsividad y la falta del insight o de interiorizar lo ocurrido, explican la dificultad para controlar su comportamiento y la frialdad emocional que presenta. Cabe señalar que las lesiones traumáticas craneo – encefálicas que tienen más repercusión antisocial en la conducta, son aquellas que afectan al lóbulo frontal o aquellas en las que hay afectación difusa cerebral, como se dio en este caso concreto, en donde se dan unas secuelas que afectan a los aspectos emocionales, a la expresión de las necesidades y a los impulsos, lo que es compatible un síndrome de orgánico de la personalidad en forma de frontalización y coincide la traducción clínica de estos síntomas con la zona cerebral en la que tuvo lugar la lesión traumática.

Finalmente hay que hacer mención también, a la grave intoxicación por monóxido de carbono que sufrió a los 21 años de edad. Esta intoxicación ocasionó, dadas sus elevadas concentraciones CO que pueden apreciarse en la tabla que consta en el informe y que como mínimo fueron superiores 46 % de CO, ocasionaron una hipoxia o falta de oxígeno en todo el tejido cerebral y que también tuvieron que acompañarse de graves secuelas neuro – psiquiátricas, agravando las que ya tenía anteriormente a causa del traumatismo craneal previo.

Las dos injurias craneales que sufrió el reconocido, graves ambas, ocasionaron como secuela un trastorno orgánico de la personalidad en el mismo, que tuvieron una notable influencia, a nuestro modo de entender, en la conducta de autos que se valora (agresiones sexuales a menores).

Valoraciones Médico-Legales:

La exploración psiquiátrica efectuada al Sr. XX nos muestra que padece los siguientes trastornos mentales:

- 1- Por una parte padece secuelas emocionales y conductuales propias de un trastorno orgánico de la personalidad, consecutivas a un traumatismo craneal con fractura de cráneo, hemorragia subdural, y hematoma epidural frontal ocurrido a los 13 años de edad.**
- 2- Tiene también con muy elevada probabilidad, otras secuelas neuro – psiquiátricas consecutivas a la falta de oxígeno cerebral que sufrió tras una intoxicación por monóxido de carbono (llegó a tener como mínimo un 46,2 % en sangre de CO). Las secuelas que debe presentar por esta segunda lesión cerebral se superponen a las anteriores y las agravan. Tenía al intoxicarse, 21 años.**

- 3- **Dada** su patología orgánica de la personalidad en forma de frontalización que presenta y los trastornos de la esfera sexual **que deducimos de la lectura de autos que también aqueja, a nuestro modo de entender, tiene una** disminución de su voluntad **para controlar sus impulsos sexuales y para prever las consecuencias sociales de sus acciones, siendo tributario de un tratamiento psicológico y psiquiátrico en profundidad.**

Es todo cuanto tenemos el honor de hacer constar, y firmamos el presente informe en Barcelona a 4 de diciembre de 2014.

Lluís Borrás Roca

Marta Vizcaíno Rakosnik

Anexo VIII. Informe pericial Sr. YY

Referencia: Juzgado de Instrucción nº 5 de Ciudad Real
Procedimiento Abreviado nº 780/2007

En Barcelona a 27 de noviembre del 2007.

Luis Borrás Roca, doctor en medicina, especialista en psiquiatría y en medicina legal y forense, médico forense en excedencia y profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona y de la Escuela Judicial, manifiesto que he reconocido al acusado Sr. YY, el cual se halla interno en el Centro Penitenciario de Herrera de La Mancha, teniendo como finalidad dicho reconocimiento, valorar las anomalías psiquiátricas que en su caso presente el mismo y sus repercusiones legales.

Una vez obtenidos los suficientes elementos de juicio, emito el presente

INFORME PERICIAL

1- ELEMENTOS VALORATIVOS

Para la elaboración del presente informe se han utilizado las siguientes fuentes:

- Entrevista con el acusado.
- Entrevista con las tres hermanas del acusado (II, OO y CC).
- Entrevista con su superior jerárquico labora D. FF, con el compañero de trabajo

Guillermo, con y su vecino de parcela JJ.

- Lectura de Autos y de la Sentencia número 29/2005 (Rollo 7/2004).
- Lectura del escrito de solicitud del indulto del señor YY.
- Lectura de las presentes actuaciones.
- Aplicación del Test de Millon.

2-ANTECEDENTES

El señor YY, de 43 años, natural de ?? (??), se crió durante su infancia en el medio rural, dado que su padre era empleado agricultor y ganadero. De este modo vivió en su pueblo natal hasta los 2 años de edad y, posteriormente, vivió en diversas fincas en las que laboraba su padre, entre ellas, el ???, la de ???, en la ??? –cerca de ???-, y en la finca del ????. Cuando el señor YY tenía 10 años, el padre encontró trabajo en ?????, como empleado de la construcción, trasladándose toda su familia a residir a dicha capital y abandonando a parti de entonces el mundo rural.

El señor YY tiene tres hermanas, con las que me he entrevistado, que están todas ellas casadas y, que no padecen ninguna patología física ni mental significativa.

En cuanto a su escolarización, el acusado empezó a leer y a escribir a los 8 años de edad, recibiendo instrucción de una maestra que acudía a una de las fincas en la que vivía con su padre. Posteriormente y, durante dos años, estuvo interno en un Colegio Público de ????? y,

después estudió en una Escuela Pública de ????. Finalmente cursó y finalizó la Formación Profesional de Segundo Grado, en la rama de electricidad.

Efectuó Servicio Militar a los 20 años, en ??? y ???, sin presentar incidencias reseñables durante este periodo castrense..

En relación a su vida laboral, trabajó primero en una empresa de mudanzas, y posteriormente como empleado electricista, como autónomo en la rama de la electricidad y, finalmente, en una compañía de suministro eléctrico (????), en donde laboró desde el año 1992, hasta fechas recientes.

Respecto a su vida afectiva, me expresó que está casado y tiene un hijo de 7 años de edad.

El día 8 de junio del 2002, sufrió un grave accidente de tráfico, con traumatismo craneoencefálico y, como consecuencia de ello, presentó al principio un importante cambio de conducta, perdiendo además la memoria, por lo que tenían que ayudarlo a alimentarse, a vestirse y, supervisarle todas las actividades de la vida diaria. Posteriormente, fue mejorando con el paso del tiempo, de las secuelas que presentaba de dicho traumatismo, aunque le quedaron algunas secuelas psíquicas que más adelante se comentaran.

En cuanto a su vida de pareja con su esposa, explica que se conocieron cuando ambos tenían 18 años, teniendo un noviazgo que califica como normal y, que se casaron seis años después, o sea a los 24 años. La relación entre ellos dice que transcurrió con normalidad, salvo algunas discusiones provocadas casi siempre, por el hecho de que a la esposa no le gustaba interrelacionarse con sus suegros (es decir, con los padres del señor YY) y, se enfadaba cuando se veía con ellos. También explica que su esposa estudió Ciencias Empresariales y, actualmente cursa un master de Administración y Dirección de Empresas.

En lo referente, a los hechos de autos, el reconocido manifiesta que tiene pensamientos repetitivos que le invaden la mente y que le impulsan a hacer daño a su esposa. Se extraña ante dichos pensamientos, puesto que dice que él la quiere mucho y, en realidad, no le desea ningún mal, pero no puede evitar tener tales pensamientos destructivos hacia ella. Con anterioridad y llevado por estos pensamientos, intentó pagar a un mendigo de nacionalidad rumana en la vía pública, para que matara a su esposa. Por este motivo, a pesar de que su esposa le apoyó durante el juicio, manifestando además que no comprendía el móvil de dicha conducta (según reconoció y así consta en el informe en el que solicitó el indulto), fue condenado sin ninguna circunstancia atenuante o eximente de carácter psíquico, de acuerdo con los informes de los Médicos Forenses.

Una vez ingresó en prisión para cumplir la condena impuesta y después de los recursos que efectuó y tras solicitar el indulto, se le ingresó por esta causa en prisión en enero del presente año 2007, pero asaltado de nuevo, según mi opinión, por los pensamientos obsesivos que presentaba ya con anterioridad, intentó contratar a su compañero de celda para que diera muerte a

su esposa. Sin embargo, dicho individuo, de igual forma como ocurrió con el mendigo rumano, puso tal intención en conocimiento de las autoridades correspondientes.

Previamente al juicio oral, el reconocido fue evaluado, además de por los médicos forenses de ???, también por el psiquiatra forense en excedencia, Dr. Juan José Carrasco Gómez, quien consideró que el primer hecho delictivo que ejecutó el señor YY, se había producido por una dinámica patológica derivada de un cambio de personalidad cualitativamente muy importante, secundario al traumatismo craneoencefálico severo que sufrió. Consideró que este cambio de personalidad se tradujo *“en labilidad emocional, irritabilidad, agresividad, episodios distímicos, intolerancia a la frustración, menor control de los impulsos, ideación anormal frecuentemente de tipo paranoide, con suspicacia, desconfianza y, actitud querellente reivindicativa, pudiendo llegar a estructurarse de forma delirante y como resultado, derivar en conductas antisociales o delictivas”*. También estableció que dicho cambio de personalidad y, así mismo sus rasgos obsesivos, ocasionaron *“una disminución de la inhibición y de la capacidad y juicio de autocrítica, presentando además el enfermo perseveración”*. No obstante, los médicos forenses no encontraron una patología psiquiátrica que de forma clara y directa incidiera en clara relación de causalidad en la génesis, motivación o realización de los hechos.

El Dr. Carrasco Gómez, prescribió la ejecución al acusado de una serie de pruebas de neuroimagen, que dieron como resultado la existencia de un grave daño cerebral y, lesiones de las vías nerviosas. Así, en el PET efectuado en octubre de 2004, se observó *“un nivel del metabolismo cerebral disminuido moderadamente, discretas activaciones relativas en el cortex prefrontal dorsolateral superior derecho y parietal superior bilateral, además de un hipometabolismo acentuado en pequeñas partes del tálamo derecho”*. Además, en la Resonancia Magnética Nuclear, efectuada en la misma fecha del 2004, se evidenciaron *“secuelas de sangrado intraparenquimatoso, en probable relación con el traumatismo previo, localizado en ambos lóbulos frontales, lóbulo temporal del hemisferio derecho de localización preferentemente subcortical. Además, se visualiza una discreta atrofia de la parte anterior del asta temporal derecha. Esta atrofia es indicativa de una pérdida neuronal en el complejo amigdalino-hipocampo (donde se sustenta el mundo emocional)”*.

A mi modo de entender, la gravedad de estas lesiones cerebrales tiene que corresponderse necesariamente con un importante cambio de personalidad y, para confirmar si dicho cambio ha sido cierto o no, me he entrevistado con las tres hermanas del acusado, con el que fue jefe del mismo, el señor, FF, con un compañero de trabajo durante muchos años llamado GG y con una persona que conoce muy de cerca al señor YY, por ser su compañero de parcela, JJ, quienes han podido observar de forma directa el notorio cambio de personalidad experimentado por el acusado, dejando de ser la persona que era para ser alguien distinto. Cabe señalar que previamente al accidente, el señor YY, era considerado como una *persona “muy querida, amigo de sus amigos, era el punto de encuentro de todos los amigos. Si te tenía que ayudar, te ayudaba”*. (Descripción hecha por su compañero de trabajo durante mucho tiempo, Guillermo, de la forma de ser del señor YY, antes del referido accidente), era *“muy trabajador y responsable, una persona ejemplar, se quedaba el último si había que acabar algo, se centraba en sus tareas”*, según su jefe.

3- EXPLORACION PSICOPATOLÓGICA

Aspecto externo y presentación: Viste adecuadamente, su apariencia externa en cuanto a aseo y presentación es normal.

Inteligencia: Adecuada, comprendiendo bien cuantas cuestiones le han sido planteadas durante la entrevista.

Orientación: Correcta, tanto en el tiempo como en el espacio, conociendo su identidad, circunstancias y situándose en el entorno.

Memoria: Ligeramente disminuida, tanto para los hechos antiguos como para los recientes.

Consciencia: Está vigil y en estado de lucidez, sin que se observen signos propios de intoxicación ni de somnolencia.

Senso - percepción y curso del pensamiento: En su discurso no se observan ideas de contenido delirante ni se aprecian alteraciones perceptivas, expresándose de una forma coherente, ajustada a la realidad objetiva y lógica. Su conversación fluye a una velocidad normal. No obstante tiene ideas parásitas que no puede excluir de su mente, relacionadas con acciones de tipo agresivo, destinadas específicamente contra su esposa. Estas ideas son para él muy desagradables, absurdas y difíciles de controlar. En muchas ocasiones tiene compulsiones o deseos destinados a hacer actos destinados a materializar sus obsesiones.

Afectividad: Está bastante eutímico, sin depresión ni humor expansivo, lo que es algo extraño, dado que por la gravedad de los hechos ocurridos tendría que estar muy afectado emocionalmente. A pesar de ello, experimenta mucha ansiedad, la cual, más que reactiva a lo que ha hecho, es ocasionada por el malestar que le ocasionan sus obsesiones.

Personalidad: Del estudio biográfico, test de Millon que se adjunta y la exploración clínica, se deduce que su personalidad es dependiente y obsesiva. Ha contestado el test con sinceridad. No se evidencian en el mismo tendencias antisociales (lo que contrasta con la gravedad de los hechos antinormativos que podría haber efectuado).

Consumo tóxico: No se evidencian signos propios de consumo tóxico.

4- COMENTARIOS Y CONSIDERACIONES GENERALES

a) La dificultad que supone valorar las secuelas de un traumatismo craneal:

Resulta casi siempre muy difícil para los médicos evaluadores, poder determinar la intensidad y el alcance de las secuelas neuropsiquiátricas consecutivas a un traumatismo craneal, puesto que pueden aparecer secuelas muy diversas, y además hay que tener en cuenta el carácter previo del sujeto a evaluar, muchas veces es desconocido, no descartándose tampoco la simulación. Muchos síntomas postraumáticos tienden a mejorar o incluso a desaparecer con el paso del tiempo, por lo que es conveniente valorar las secuelas pasado un año o incluso pasado más tiempo del traumatismo.

Además de la entrevista y pruebas psicométricas, hay que entrevistarse con diversas personas de su entorno, quienes serán quienes podrán aportar más datos objetivos acerca de si la persona ha cambiado en su forma previa de ser. El paciente, suele tener escasa conciencia de enfermedad o incluso la sensación de encontrarse muy bien (muchos traumatizados de cráneo tienen euforia). Lo más importante para valorar secuelas es detectar si se da o no el cambio significativo de la forma previa de ser del sujeto. Ello ocurrirá generalmente si se constata también que el traumatismo ha sido grave, lo que se puede determinar hoy en día fácilmente por técnicas de neuroimagen. A pesar de lo dicho, hay que tener en cuenta que en alguna ocasión, pequeñas lesiones se pueden traducir en secuelas psiquiátricas significativas.

b) Concepto de alteración de la personalidad: La alteración de la personalidad que venía reflejada en la clasificación de las enfermedades mentales internacional DSM-III y que actualmente se denomina “cambio de personalidad” en la clasificación vigente DSM-IV, significa una modificación muy llamativa de la forma previa de ser de un sujeto debido a una enfermedad médica que tiene una repercusión en el funcionamiento del cerebro o bien a alguna alteración cerebral, ya sea por un traumatismo, una arteriosclerosis, el inicio de una demencia, etc. La persona deja de ser la que era antes, es como si fuera otra. Quien sufre un cambio de personalidad puede tornarse apático, desconfiado, irritable, obsesivo, agresivo o inestable. El cambio de personalidad suele traducirse en importantes repercusiones en el área familiar, social y laboral y no es debido al efecto de las drogas.

c) Concepto de ideas obsesivas y de compulsiones:

a) Las obsesiones son ideas, PENSAMIENTOS, IMPULSOS, o imágenes de carácter persistente, que el sujeto experimenta como de forma intrusa e inapropiada, que no se pueden excluir de la mente a pesar de que se viven de forma desagradable. El contenido de las obsesiones es ajeno al control del afectado y no encaja en el tipo de pensamientos que desearía tener. Hay diversas obsesiones como el por orden, la limpieza, el sexo, la de agredir a los demás. El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante actos diversos (es decir, con compulsiones).

b) Las compulsiones son actos repetitivos que intentan materializar o anular las obsesiones. Por ejemplo, lavarse continuamente las manos, atarse periódicamente los zapatos, rezar

continuamente etc. La finalidad de las compulsiones es aliviar el sufrimiento y la ansiedad derivada de las obsesiones. La persona se siente impulsada a realizar la compulsión sin ser capaz de indicar el por qué lleva a cabo esta acción tan idiosincrásica.

La causa de la enfermedad obsesivo – compulsiva se desconoce. En ocasiones se debe a lesiones cerebrales posiblemente congénitas, dado que padecen esta enfermedad varios miembros de la unidad familiar. Otras veces, se pueden producir las obsesiones por traumatismos craneales o infecciones cerebrales. A las técnicas de neuroimagen, se ha observado que están lesionados los circuitos que van de los núcleos basales (tálamo) a la corteza frontal (según se refleja en las páginas 27 a 41 del libro que se adjunta “Trastorno obsesivo compulsivo” de Bousoña García y otros (1.989).

5- VALORACIÓN MÉDICO LEGAL

Una vez efectuado el reconocimiento, analizados los datos médicos y teniendo en cuenta la opinión de las personas entrevistadas, a mi modo de entender, los hechos de autos se explican desde el punto de vista psicopatológico de la siguiente forma:

1- El reconocido **era previamente a sufrir el accidente** de tráfico (junio del 2002), **una persona adaptada** a su entorno familiar y laboral, sociable, no conflictivo. Era, como lo describe su compañero de trabajo Guillermo *“muy querido de sus amigos, era el punto de encuentro de todos nosotros. Era un líder. Si te tenía que ayudar te ayudaba”*.

2- En junio del año 2002, sufrió un traumatismo craneal grave, presentando unas **lesiones cerebrales muy significativas en cuanto a la repercusión que tuvieron en la conducta**, que se pudieron evidenciar con las técnicas de neuroimagen. Así, al PET cerebral presentaba: *“metabolismo cerebral disminuido moderadamente. Discretas activaciones relativas en el córtex prefrontal dorsolateral superior derecho y parietal superior bilateral, además de un hipermetabolismo acentuado en pequeñas partes del tálamo derecho”*. Y a la resonancia magnética nuclear (RMN) se evidenciaba *“secuelas de sangrado intraparenquimatoso en probable relación con el traumatismo previo, localizado en ambos lóbulos frontales y lóbulo temporal del hemisferio derecho, de localización preferentemente subcortical. Atrofia del asta anterior del asta temporal derecha, que es indicativa de una pérdida neuronal en el complejo amigdalino – hipocampo”*.

3- La exploración clínica que le he efectuado ha evidenciado, como consecuencia de este traumatismo craneal, un notorio **cambio de personalidad**, con predominio de síntomas compatibles con lesión de las vías fronto – temporales y fronto- tálamicas (que realmente se lesionaron), tales como ideas extrañas que irrumpen en su mente y que no puede controlar a pesar que sabe que son negativas (**ideas obsesivas**), impulsiones difíciles de vencer que le obligan a llevar a cabo o materializar estas ideas (**compulsiones**), irritabilidad, tendencia a la fatiga mental cuando efectúa trabajos que requieren concentración, ligera pérdida de memoria, intolerancia a la frustración, dependencia de los demás, mayor lentitud mental, dificultad para prever las consecuencias de sus actos, frialdad emocional, tendencia hacia el perfeccionismo y a la fijación

por los pequeños detalles y desconfianza hacia el entorno. Estas secuelas ya se pueden considerar como definitivas, dado que ya han pasado más de 5 años desde el accidente sufrido.

4- El paciente tiene escasa autocrítica de lo que ha hecho, por lo que su arrepentimiento es escaso, no mostrando la resonancia emocional que tendría que tener por la gravedad de su conducta antinormativa (proponer matar a alguien). No entiende la motivación de esta conducta. Tampoco entiende los motivos por los que ahora le ha abandonado su esposa, la cual hasta hace poco lo apoyaba. Según mi impresión, contrastada con los resultados del test de Millon, el reconocido se ha mostrado en la entrevista sincero y no ha ocultado ni manipulado datos.

5- La citada falta de motivación del hecho de autos, el modo desorganizado de actuar (si se confirma), que hizo que fuera fácilmente descubierto por no tomar apenas precauciones, la persistencia de su forma obsesiva de pensar a pesar de que sabe que es absurda (sigue teniendo pensamientos extraños en la cabeza de naturaleza agresiva que rechaza pero que no puede controlar), su desconcierto ante los hechos y la falta de previsión de sus actos, indica que **su forma de actuar**, a mi modo de entender, **estuvo mediatizada por la influencia de unas ideas obsesivas prácticamente incontrolables y por tanto, patológicas**, por lo que a mi juicio **sus capacidades de entender y de querer estaban muy disminuidas o incluso totalmente anuladas** en los momentos previos y coincidentes con los hechos de autos que se valoran.

6- El paciente debe recibir tratamiento psiquiátrico periódico, inicialmente en medio cerrado hasta que se consigan controlar, con la medicación y la psicoterapia, sus síntomas obsesivo – compulsivos asociados a ideas parásitas relacionadas con acciones agresivas.

Es todo lo cuanto hago constar, a los efectos que procedan, quedando en disposición de ampliar o aclarar cuantas cuestiones se planteen con respecto al presente informe.

Anexo IX. Informe pericial Sr. ZZ

Referencia: Juzgado de Instrucción nº 4 de Manresa

Procedimiento: PREVIAS nº 466/2012

D. Luís Borrás Roca, doctor en medicina, especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal y Forense, médico forense en excedencia y profesor asociado de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Barcelona y, Dña. Olga Subirà Hidalgo, psicóloga del Servicio de Medicina Legal y Psiquiatría Forense del Hospital General de Cataluña y especializada en capacitación pericial forense, manifestamos que hemos reconocido al acusado el Sr. ZZ, que se encuentra ingresado en el Centro de Detención de Hombres de Barcelona "La Modelo", con el fin de practicarle un estudio médico-psicológico, en respuesta a los extremos propuestos sobre los que debe versar la prueba pericial.

Una vez obtenidos los suficientes elementos de juicio, emitimos el siguiente:

INFORME MÉDICO-PSICOLÓGICO

Metodología:

Para la elaboración del presente informe se han utilizado las siguientes fuentes:

- Dos entrevistas mantenidas con el acusado en el Centro Penitenciario la Modelo en septiembre y noviembre del año 2012.

- Administración de las siguientes pruebas psicométricas:

- ♣ Test clínico multiaxial MMPI-2-RF, que evalúa tanto la estructura de la personalidad como el estado psico - afectivo.
- ♣ Entrevista semi-estructurada SCID-II, que valora la personalidad.
- ♣ Inventario de agresividad Buss-Durkee.
- ♣ Test mini-mental para evaluar sus capacidades cognitivas.

- Dos entrevistas mantenidas con la madre y la hermana del acusado, las Sras. DD y MM respectivamente, efectuadas durante el mes de septiembre de 2012.

- Lectura de los informes médicos emitidos por el Centro Hospitalario ???, emitidos los días 9 de abril de 2011 y 9 de enero de 2012.

- Lectura de los informes psicológicos y psiquiátricos emitidos por el ??? (21/10/1.999)y (13/01/2.000).

- Lectura del informe de realización de prueba de alcoholemia y/ o sustancias estupefacientes que le practicaron a ZZ el día de autos, el 22 de mayo de 2012.

- Lectura del informe médico de asistencia tras el accidente que padeció, el día 23 de julio de 2009.

- Lectura del informe del Hospital de ???, por ajuntament de ???. Seguretat ciutadana i Protecció Civil el dia 22 de mayo de 2012.

Anámnesis

El joven ZZ, de 22 años de edad, nos expuso durante las entrevistas efectuadas, que nació en ??? (???) y que es el menor de dos hermanos. En general, mantiene una buena relación con los miembros de su familia, quienes hacen la siguiente descripción sobre él: “es un chico muy afectuoso pero, desde que tuvo el accidente de tráfico, si bebe o se pone nervioso, pierde el control y reacciona de manera imprevista”.

Sobre el nacimiento y el desarrollo de su infancia, destacaron dichos familiares que tras el parto, requirió una intervención quirúrgica en un ojo, puesto que nació con el párpado del ojo derecho cerrado, quedándole como secuela una anomalía física consistente en retracción del párpado derecho.

Durante su infancia y según consta en los informes realizados por el Hospital de ????, el reconocido presentó una serie de alteraciones conductuales que dieron lugar a que fuera diagnosticado de padecer un “trastorno por hiperactividad con déficit de atención”, destacando de aquel estudio, el bajo coeficiente intelectual que obtuvo, que era de tan sólo 88. Este déficit de inteligencia le supuso problemas escolares y de relación con sus compañeros, no logrando concluir el sexto curso de la Educación General Básica. Su escolarización finalizó a los 16 años de edad, habiendo trabajado después en diferentes empleos, entre ellos, como auxiliar de mecánico en un taller de coches, en donde nos refirió se sentía feliz y realizado, pero donde, no le renovaron el contrato, puesto que cometía errores y además, en ocasiones, tras haber consumido drogas, no acudía a trabajar.

En referencia a esta adicción a las drogas, según nos manifestó el acusado y así se refleja también en su documentación clínica, empezó a fumar cannabis hacia los 14 años de edad, habiendo probado otras drogas tales como la cocaína, los psicofármacos y el alcohol. No obstante, sólo llegó a consumir en exceso la cocaína y el alcohol.

Según consta en su documentación clínica, en julio del año 2009, en el contexto de un accidente de tráfico que le ocasionó lesiones cerebrales importantes, fue asistido de urgencias, presentando “lesiones puntiformes hipodensas fronto – parietales bi - hemisféricas que podrían corresponder a sufusiones hemorrágicas y posible malformación vascular parietal izquierda”.

En el correspondiente informe consta la existencia de tóxicos en orina (THC o cannabis). Posteriormente y, a raíz de que presentaba trastornos de conducta e inestabilidad anímica tras dicho traumatismo craneal, fue derivado para seguimiento a su Centro de Salud Mental, en donde consideraron que padecía un síndrome psicótico junto con consumo de drogas, siendo tratado con Zyprexa (fármaco antipsicótico), pero el paciente, no efectuó dicho tratamiento y dejó de acudir al Centro de Salud Mental. En fecha 6 de agosto de 2009 se le realizó un TAC craneal para realizar un seguimiento del traumatismo que padeció y le detectaron “restos hemorrágicos múltiples en

sustancia blanca a nivel de supratentoriales bilaterales de predominio bifrontal y parietal izquierdo que sugieren lesión axional difusa. Áreas de contusión edematosa en sustancia blanca bifrontal. Discretos restos hemáticos subaracnoideos frontales de predominio derecho". Variante del desarrollo venoso (venoma) parietal izquierdo". Pocos días después y concreto el 27 de agosto de 2009, arrolló a un Policía. Interpretamos que en aquellos momentos, estaba afectada su conducta por las secuelas del traumatismo craneal y posiblemente tenía síntomas psicóticos agudos, dado que no se quería medicar con los fármacos antipsicóticos que se le prescribieron pocos días antes.

En abril de 2011, requirió de nuevo asistir a urgencias del Hospital ???, tras un elevado consumo de tóxicos, presentando una alteración de conducta relacionada con abuso de alcohol y cannabis.

En enero de 2012 y coincidiendo con una ruptura sentimental, acudió a urgencias de nuevo acompañado por su madre por presentar "un cuadro ansioso consistente en irritabilidad, inquietud y alteraciones de la conducta con de heteroagresividad tanto verbal como física contra personas". Fue diagnosticado de **trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta (309.3 DSM-IV)**. En esta tercera ocasión no había consumido, por lo que interpretamos que debido a ello, los síntomas psicóticos que presentó no eran quizás tan floridos, manifestando "pensamientos rumiativos de contenido autorreferencial y de perjuicio hacia su pareja". Los médicos indicaron re-evaluación por su Centro de Salud Mental, ante las pautas de alarma que se daban.

Hechos de autos:

Según consta en la documentación del Juzgado, el día 27 de agosto de 2009, conduciendo en el estado mental descrito (presuponemos que en brote psicótico, según los informes médicos que remarcaban poco días antes que se hallaba en este estado), atropelló a un Agente de la Autoridad, según ya hemos referido. Nos manifestó que en aquellos momentos estaba confuso porque circulaba sin los papeles del seguro de la motocicleta y se estresó.

Posteriormente y, en concreto el día 22 mayo de 2012, el reconocido nos expresó que tuvo de nuevo un incidente con una motocicleta; al respecto de este hecho nos explicó que apenas recuerda la secuencia de los hechos, tan sólo que después de haber consumido cannabis, cogió una motocicleta y mientras conducía, oyó un ruido procedente del tubo de escape del vehículo; al girar la cabeza para averiguar el origen de la avería, se percató de que había un control Policial, estresándose de nuevo y al parecer atropelló a otro Agente de Tráfico. Tras su detención se describe el estado psíquico en que se hallaba el Sr. ZZ: "su comportamiento es anormal, con variaciones emocionales, pasando de un estado normal a un estado de indiferencia por los hechos ocurridos. En alguna ocasión muestra una actitud prepotente y chulesca ante los agentes actuantes. Parece no tener sentimientos graves por los hechos sucedidos, e incluso manifiesta no saber qué ha pasado ni donde se encuentra".

Tras efectuar un análisis exhaustivo de la secuencia de los hechos y su paralela evolución clínica, se aprecia que a raíz del traumatismo craneal que padeció en el año 2009, se ha agravado notoriamente su alteración conductual ya presente desde la infancia, habiendo efectuado

numerosas y continuadas conductas antisociales, especialmente si consume drogas o está estresado.

EXPLORACION PSICOPATOLÓGICA

***Aspecto externo y presentación:** Se aprecia que tiene una dificultad para abrir el párpado derecho. Se muestra colaborador durante la entrevista.

***Inteligencia:** Posee una inteligencia límite (coeficiente intelectual 88), manifestando muchas dificultades para incorporar nuevos aprendizajes y con 21 años, apenas sabe leer y escribir; le cuesta seguir el desarrollo de la entrevista y tiene dificultades para comprender muchas de las cuestiones que le han sido planteadas.

***Orientación:** Correcta, tanto en el tiempo como en el espacio, conociendo su identidad, circunstancias y situándose en el entorno.

***Memoria:** Moderadamente disminuida, tanto para los hechos antiguos como para los recientes, según se aprecia en la realización del test Minimental.

***Consciencia:** Está vigil y en estado de lucidez, sin que se observen signos propios de intoxicación ni de somnolencia.

***Senso - percepción y curso del pensamiento:** Preservado, sin que detecten alteraciones de la percepción ni del curso del pensamiento, no apreciándose en el momento de la exploración la presencia de sintomatología psicótica. No obstante, no descartamos que en los momentos sucesivos a consumir tóxicos, incluyendo los momentos de autos, presentara síntomas psicóticos, como ya le ha ocurrido en otras ocasiones. A su vez, debido a su corta edad tampoco descartamos que dichos signos psicóticos que ha presentado, unidos a su frialdad emocional, sean síntomas de un trastorno esquizofrénico.

***Afectividad:** Está eufórico, sin depresión ni humor expansivo, lo que es algo extraño, dado que por la gravedad de los hechos ocurridos tendría que estar muy afectado emocionalmente. No se observan sentimientos de culpabilidad, carece de resonancia afectiva, muestra un marcado infantilismo y carece de sentimientos éticos y de vergüenza social. Esta frialdad y anestesia moral de la conducta nos sugiere que padece un SINDROME DE FRONTALIZACION.

***Personalidad:** A tenor de las pruebas practicadas se desprenden los siguientes resultados: Un amplio espectro de alteraciones y dificultades debidas a una notoria falta de control de los impulsos, lo que se manifiesta en conductas tales como son el abuso de drogas, y el comportamiento desorganizado tras el consumo de tóxicos. Las manifestaciones específicas de estas alteraciones se reflejan en la obtención de puntuaciones elevadas en algunas de las siguientes escalas: conducta antisocial RC4, activación hipomaniaca RC9, problemas de conducta juveniles JCP, abuso de sustancias SUB, agresión AGG, activación ACT, agresividad revisada AGGR-r y falta de control revisada DISC-r. El reconocido es pesimista, socialmente introvertido y poco activo, carece de energía. Predomina la elevación de los rasgos antisociales de personalidad: no acata las normas y expectativas de la sociedad. Tiene dificultades en el trato con la autoridad. Mantiene relaciones interpersonales conflictivas, es impulsivo y actúa de forma descontrolada cuando está aburrido. Es agresivo en su relación con los demás. La escala ideas persecutorias (RC6=72) informa de la presencia significativa de ideas persecutorias, tales como la creencia de que los demás tienen la intención de hacerle daño. La escala de abuso de sustancias (SUB=84) indica que tiene un historial de problemas con el consumo de alcohol o drogas y que ha tenido

problemas legales como resultado del abuso de sustancias; muestra una tendencia a la búsqueda de sensaciones. Finalmente, en la escala falta de control revisada (DISC-r= 81) da una puntuación alta, lo que se asocia a conductas impulsivas deficientemente controladas y altamente exteriorizadas y a la búsqueda de sensaciones y emociones. La escala DISC-r SE correlaciona negativamente con la dimensión conciencia (responsabilidad) del modelo de los cinco factores de la personalidad.

***Consumo de tóxicos:** No se evidencian en la actualidad signos propios de consumo tóxicos, puesto que al parecer no consume desde que está preso. No obstante, durante los días previos al de autos, consumió diferentes tóxicos, entre ellos cocaína, alcohol y el día de autos, según se acredita en el informe de realización de prueba de alcoholemia y/o sustancias estupefacientes, marcó como positivo en consumo de cannabis, presentando el reconocido, según consta en el documento, "síntomas evidentes de intoxicación".

Diagnóstico:

- Trastorno psicótico inducido por cannabis de inicio durante la intoxicación (292.11 DSM-IV).
- Inteligencia límite (coeficiente intelectual 88).
- Trastorno de Hiperactividad por Déficit de Atención (314.9 DSMIV).
- Trastorno antisocial de la personalidad (301.7 DSM-IV)
- Cambio de personalidad debido a patología orgánica cerebral (310.10 DSM-IV), consistente en "lesiones puntiformes hipodensas frontoparietales bihemisféricas que podrían corresponder a subfusiones hemorrágicas y posible malformación vascular parietal izquierda".

COMENTARIOS DIAGNÓSTICOS

A) Sobre el trastorno por hiperactividad con déficit de atención: se considera que un 60-70% de adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica, existiendo una mayor prevalencia de drogodependencias y trastornos de la personalidad como en el caso del Sr. ZZ. En los estudios realizados por el psiquiatra el Dr. J.A. Ramos-Quiroga, prospectivos y controlados de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes diagnosticados de TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en la infancia, los trastornos comórbidos más frecuentes, son el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23%), los trastornos por consumo de sustancias (hasta un 19%) y, en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico. Murphy et al, sugieren que mostrarán una mayor probabilidad de presentar un trastorno desafiante opositor, de realizar tentativas de suicidio y de experimentar mayor hostilidad interpersonal y paranoia. Además, las drogodependencias constituyen uno de los trastornos asociados al TDAH más frecuentes y repercute de forma negativa sobre la evolución de la drogodependencia, pues existe mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias. En cuanto a la adaptación al medio laboral y conducción de vehículos, los estudios refieren que los adultos con TDAH tienen una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno. Los problemas laborales pueden derivarse de las dificultades en el control de los impulsos y la inatención, como se observa en la biografía del reconocido. Para concluir, también, se ha observado que la habilidad en la conducción de vehículos se altera con el mencionado trastorno por déficit de atención, lo que ocasiona graves consecuencias desde un punto de vista social y personal. Los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y éstos son más graves.

B) Sobre la psicosis inducida por el consumo de drogas: Entre las sustancias que pueden desencadenar trastornos psicóticos están el alcohol, cannabis, cocaína, etc. El trastorno psicótico inducido por cannabis puede aparecer por el consumo de grandes cantidades y suele consistir en ideas delirantes de persecución. Puede existir también marcada ansiedad, labilidad emocional, despersonalización y amnesia posterior al episodio. En el caso de ZZ, dio positivo en el consumo de cannabis.

C) Sobre el cambio de personalidad secundario al traumatismo craneal que sufrió el reconocido, cabe precisar que presenta como secuela objetivable unas "lesiones puntiformes hipodensas frontoparietales bihemisféricas que podrían corresponder a subfusiones hemorrágicas y posible malformación vascular parietal izquierda". Estas lesiones es evidente que tienen una importante repercusión en la conducta, especialmente por su extensión, dado que son bilaterales y afectan al lóbulo frontal y parietal. "Tal y como expone el Dr. Rubén Sánchez Fernández en su artículo **"Valoración del deterioro cognitivo asociado a los traumatismos craneales. Monografías 2012,"** la región frontal se encuentra vinculada a los patrones de conducta. La presencia de cambios importantes en muchas personas que con anterioridad al traumatismo craneo - encefálico eran descritas por su entorno social como responsables, serias y respetables introducían todo un patrón conductual característico, por la aparición de diferentes comportamientos que no se adecuan a las normas sociales imperantes: euforia, irritabilidad, intolerancia, impulsividad, desinhibición y alteración del juicio social. Continúa exponiendo dicho facultativo que la desinhibición se hace constatable por la presencia de comentarios y conductas de elevado contenido sexual, y en general cualquier conducta inapropiada para el contexto. No obstante, se detecta una incapacidad por parte de estas personas para experimentar placer contingentes a las recompensas de tipo social. Este hecho está muy vinculado a la alteración del juicio social, no existe apreciación de las normas sociales. Prosigue Sánchez Fernández que la sintomatología presente en los casos de lesiones bilaterales a nivel frontal constituye un síndrome frontal denominado pseudo - psicopatía. Los patrones de conducta derivados de estas lesiones, son observables por un aumento en la conducta agresiva, falta de control de los impulsos, también se incrementa la conducta sexual, aparición de hábitos aditivos y conductas no adecuadas socialmente, y que en muchas ocasiones están totalmente fuera de lugar. También, aparecen actos delictivos, pero sin que exista una premeditación, y se evidencia una carencia en la capacidad de planificación por parte del infractor y en muchas ocasiones, no existe una finalidad clara del delito. Estos actos delictivos están asociados a la falta de control de impulsos. En muchas ocasiones son cometidos, teniendo conocimiento el infractor de las consecuencias legales y sociales que conllevan, y que además va a ser detenido (por ejemplo, robar delante de un guarda de seguridad). Existe la presencia de un estímulo, que no está relacionado ni a la motivación ni a lo planificado por el individuo, pero comporta una acción compleja que supone la transgresión de una norma social".

Según Pelegrín Valero los síntomas propios del síndrome frontal son los siguientes:

1) Disminución de la autoconciencia. Falta de conciencia de las conductas sociales apropiadas y falta de conciencia de las propias deficiencias.

2) Cambios de la personalidad. La llamada personalidad frontal, que a la vez puede ser de dos tipos:

- De tipo apático, con disminución del interés, de la espontaneidad, de la respuesta emocional y de la fluencia verbal.

- De tipo desinhibido o psicopático, con hiperactividad, agresividad, hipersexualidad, euforia (moria), irritabilidad.

VALORACIÓN MÉDICO LEGAL

1. El reconocido, Sr. ZZ presenta, entre otras, como patología mental que consideramos más grave un cambio de personalidad inducido por una patología orgánica cerebral derivada de "lesiones puntiformes hipodensas frontoparietales bihemisféricas que podrían corresponder a subfusiones hemorrágicas y posible malformación vascular parietal izquierda", como consecuencia del traumatismo craneoencefálico que sufrió en el año 2009.

2. Adicionalmente padece un Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad desde la infancia, posee un coeficiente intelectual límite (tan sólo de 88), tiene posibles rasgos de personalidad antisocial, según acredita el test psicométrico y el estudio de su biografía, todo lo cual, junto al consumo de sustancias, ya sea cocaína, alcohol o cannabis, le desencadena al reconocido, una serie de alteraciones perceptivas y conductuales, en forma de síndromes psicóticos (acreditados en la documentación médica) que han requerido incluso de diversos ingresos hospitalarios. Estos síntomas psicóticos se agravaron a partir del año 2009, es decir, después de haber padecido el traumatismo craneoencefálico.

3. El abuso de sustancias y las situaciones percibidas por él de alto estrés emocional, desencadenan este tipo de conductas disruptivas y primarias de tipo agresivo.

4. El día de autos, según queda acreditado en la prueba de sustancias estupefacientes que se le practicó el día de autos, el reconocido había consumido cannabis.

6. Valorando la historia clínica del reconocido, y la gravedad de la sintomatología que padece y que se ha ido desarrollando en el presente informe, también corroborada por la documentación clínica que nos aportó, el Sr. ZZ, a nuestro juicio tenía **notoriamente alteradas o incluso totalmente anuladas sus capacidades cognitivas y su voluntad** en los momentos de autos.

7. Dada la elevada posibilidad de que su psicopatología con repercusión hetero - agresiva se repita, es por ello que creemos conveniente que el mismo sea internado en un Centro Cerrado dotado de medidas de seguridad, en donde pueda efectuar tratamiento psiquiátrico y psicológico.

INFORME AMPLIATORIO

- Si ZZ, padece alguna patología orgánica cerebral.

Afirmativa. Inicialmente creíamos que los síntomas neurológicos que presentaba el reconocido eran debidos a un Traumatismo Cráneo-Encefálico (TCE). Por ello le efectuamos un TAC craneal pero las mencionadas pruebas practicadas, evidencian que la causa de estas alteraciones que habíamos detectado clínicamente, eran secundarias a múltiples microhemorragias producidas por cavernomas, situados en el lóbulo frontal, lóbulo parietal y el espesor de todo el encéfalo.

- En su caso, cual es la causa de esta patología.

La causa es el sangrado de los cavernomas. Probablemente, también pudo influir, aunque en menor medida, el traumatismo cráneo-encefálico que sufrió en el año 2009.

- En su caso, informen sobre si la patología cerebral que padece, en conjunción con sus rasgos de personalidad, su inteligencia y las demás circunstancias concurrentes, pudo provocar en éste alteraciones cognoscitivas o falta de autocontrol en el momento de los hechos.

Afirmativa. Pudo todo ello provocar en éste, a nuestro modo de entender, alteraciones cognoscitivas o falta de autocontrol en el momento de los hechos.

- A la vista de la documentación examinada, informen de cualquier circunstancia que estimen relevante en relación con el estado cognoscitivo y/o volitivo del Sr. ZZ en el momento de los hechos.

El paciente está todavía pendiente de nuevas pruebas, por ejemplo un PET (Tomografía por Emisión de Positrones), con las que se irá precisando aún más si cabe, el grado y extensión de la afectación orgánica cerebral que presenta. Añadir también, que la alteración de la inteligencia, de la personalidad y otros déficits psicológicos que presenta, es fundamentalmente orgánica, tratándose de un deterioro cognitivo de origen vascular.

Es todo lo cuanto hacemos constar, quedando en disposición de ampliar o aclarar cuantas cuestiones se planteen con respecto al presente informe, que firmamos en Barcelona con fecha 25 de enero de 2013.

Fdo. Dr. Luis Borrás Roca
Psiquiatra

D^a. Olga Subirà Hidalgo
Psicóloga