

LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS: ABORDAJE CLÍNICO Y ANÁLISIS DE LAS REPERCUSIONES FORENSES EN EL VICTIMARIO DENTRO DEL ÁMBITO PENAL

Marta Marín Rullán¹

Psicóloga forense en el ámbito privado

Víctor Dujó López

Psicólogo forense en el ámbito privado

David González Trijueque

Tribunal Superior de Justicia. Juzgados de Getafe

Resumen

El presente trabajo analiza la delimitación conceptual e histórica de los trastornos disociativos y los aspectos e implicaciones legales relevantes para el análisis jurisprudencial realizado, así como una comparativa con la literatura extranjera. Para ello, se elabora un análisis sistemático de 112 resoluciones judiciales (51 de ellas relevantes) relativas al ámbito penal, centradas únicamente en el victimario, relacionadas con cada uno de los citados trastornos, abarcando desde enero del 2000 hasta la actualidad. Se concluye que la presencia del espectro disociativo en la jurisprudencia española es susceptible de convertirse en una circunstancia modificativa de responsabilidad penal, en la mayoría de los casos, siempre que se demuestre la existencia de contingencia entre el hecho cometido y la patología presentada. Del mismo modo, encontramos una mayor número de varones, siendo la etiqueta de “trastorno disociativo”, la más comúnmente utilizada y, perfilándose los trastornos de personalidad y el trastorno de estrés posttraumático como las patologías comórbidas con mayor presencia. Los datos analizados sugieren la importancia de una adecuada evaluación de este fenómeno, dadas sus repercusiones, tanto desde el plano clínico como forense.

PALABRAS CLAVE: *trastornos disociativos, forense, jurisprudencia, victimario, penal.*

Abstract

This paper discusses the conceptual and historical definition of the dissociative disorder, the relevant dimensions and legal implications in the court resolutions

¹ *Correspondencia:* Marta Marín Rullán. Correo electrónico: marta.marin@dumapsicologia.com

Victor Dujó López. Correo electrónico: victor.dujo@dumapsicologia.com

Fecha de recepción del artículo: 28-11-2013.

Fecha de aceptación del artículo: 19-12-2013

analyzed in our study, as well as foreign research that has been compared with Spanish outcomes. To this end, a systematic analysis was performed of 112 judicial decisions related to dissociative disorders dictated by Spanish courts since the early 2000s up to the present. We conclude that, in most cases, dissociative phenomena are subject to becoming a modifying circumstance of criminal liability, if the relationship between the criminal act and the psychological disorder can be confirmed. Accordingly, we found a large number of male offenders in our sample, who, in most cases, had been labelled as having a “dissociative disorder”, and there is a clear tendency towards frequent comorbidity with personality disorders and post-traumatic stress disorder. The analyzed data suggest the importance of proper assessment of this phenomenon, given its impact, from both a clinical and a forensic perspective.

KEY WORDS: *dissociative disorders, forensic, jurisdiction, offender, criminal.*

Introducción

En este apartado el objetivo es aportar una visión general de la evolución del concepto de disociación desde su inicio hasta la actualidad. Tanto los trastornos disociativos, como los trastornos somatomorfos comparten, desde el punto de vista histórico, su origen en la fenomenología de lo que antiguamente se conocía como Histeria Psicógena, ya que ambos comparten el principio de conversión, es decir, la no integración de un suceso de naturaleza estresora convirtiendo dicha información, de manera defensiva, en sintomatología de carácter físico y psicológico. Tras las manifestaciones previas de Charcot relacionadas con su teoría de la histeria (1889) en el que “las ideas traumáticas eran aisladas de la conciencia” y se originaban de forma orgánica, aparece el principal exponente dentro del ámbito del concepto de disociación, Pierre Janet, señalándola como *désagrégation psychologique* (dentro de su tesis *L’automatisme Psychologique*, 1989), estableciendo los cimientos de los fenómenos disociativos. En este momento, se inicia una divergencia de conceptos de los fenómenos disociativos en la conciencia. Por una parte, Janet defiende la “debilidad mental innata afectando a la voluntad y motivación” (Janet, 1907, cit. en Pérez y Galdón, 2003); por otra parte, Freud concibe la “represión como mecanismo de defensa motivado a través del afecto” (Freud, 1983, cit. en Pérez y Galdón, 2003), a pesar que ambos conceden al trauma psicológico el prisma en el desarrollo de la sintomatología disociativa. Ernest Hilgard instauró la conexión entre las teorías clásicas y las contemporáneas, planteando la idea del continuum disociativo (Hilgard, 1994, citado en Pérez y Galdón, 2003). Dentro de la misma línea de investigación y de concepto de disociación, Spiegel también introduce la relación conflicto/trauma con la

unidad del yo, al reorganizar de forma defensiva la información asociada a un acontecimiento, a través de procesos de compartimentalización de experiencias accesibles y, siendo capaces de ejercer una influencia en los componentes no disociados/conscientes (Kihlstrom, 2005; Spiegel, 1990, Spiegel, 1999, citado en Pérez y Galdón, 2003). De forma paralela, se introduce otro continuo biológico-psicosocial (Ross, 1989, 1997; Cardeña, 1994, 1997, citado en Spitzer, Barnow, Freyberger, Grabe, 2006), poniendo de manifiesto que existen individuos que pueden manifestar experiencias disociativas en diferentes grados sin llegar a cronificar o patologizar la sintomatología (Walter, Putman y Carlson, 1996, cit. en Pérez y Galdón, 2003). Los contextos proporcionan el apoyo necesario para equilibrar las experiencias y, además son un factor facilitador para provocar situaciones de intensa emocionalidad (Rodin, 1998, cit. en Pérez y Galdón, 2003). Es necesario hacer hincapié en las críticas nacidas a cerca de las experiencias hipnóticas y, especialmente del trastorno de identidad disociativo o de personalidad múltiple. Nos remontamos al S.XIX donde se limitaba a la expresión de dos personalidades, oscilando en número por razones de evolución histórica e incorporación de nuevos factores, como son la prevalencia del trastorno, del período histórico, de la cultura de cada país, la orientación clínica predominante en la época, las necesidades del paciente, la validación del terapeuta, las creencias que poseen ambos sobre la enfermedad y sus causas, además del pronóstico y tratamiento, siendo éstas las variables que determinan las expresiones y forma del rol histérico (Spanos, 1994).

Por otra parte, existen numerosas teorías explicativas sobre las causas de los trastornos disociativos, donde varias publicaciones convergen en que las teorías cognitivistas como el “Procesamiento Distribuido en Paralelo” (PDP, Rumelhart y McClelland, 1986, cit. en Spiegel, 1996) encajan bien con las teorías de la disociación (Hilgard, 1986; Kihlstrom, 1984 y Spiegel, 1990, cit. en Spiegel, 1996). En referencia a la etiología traumática del constructo disociativo, ésta entiende la disociación como un mecanismo de defensa, que en un primer estadio resultaría adaptativo, retornando a la normalidad a través de la integración de la experiencia traumática al remitir el estresor. En la misma línea de investigación, se han hallado resultados indicando que el trauma de relación interpersonal en la infancia, y particularmente el abuso emocional juegan un rol en la patogénesis de los trastornos de despersonalización (Simeon, et al., 2001), especialmente traumas de tipo sexual correspondiendo con una mayor presencia comórbida de fuga disociativa, trastornos de conversión y de trastornos afectivos, principalmente en aquellos grupos de mayor severidad (Bru, Santamaría, Coronas y Cobo, 2009)

Abordaje clínico de los trastornos disociativos

Desarrollo del concepto

La característica nuclear de los trastornos disociativos consiste en alteraciones en la organización integrada de la identidad, la memoria, la percepción o la consciencia (American Psychiatric Association, 2002). Cuando los recuerdos están mal integrados, el trastorno resultante será una amnesia disociativa, la fragmentación de la identidad producirá una fuga disociativa o un trastorno de identidad disociativo, una percepción alterada conducirá a un trastorno de despersonalización, mientras que la disociación de aspectos de la consciencia producirá un trastorno por estrés agudo y varios estados disociativos por trance y posesión. Estos trastornos son más una alteración en la organización o la estructura del contenido mental, que de los contenidos en sí mismos (Spiegel, et al., 2011). A la hora de abordar los trastornos disociativos se han de tener en cuenta tanto los aspectos etiológicos y patognomónicos, como la variable nosológica circunscrita alrededor de esta fenomenología, existiendo variabilidad en cuanto a la prevalencia en función de los criterios diagnósticos y, teniendo presente que el constructo disociativo puede presentarse en forma de síntoma, junto con otros síntomas patológicos, como por ejemplo, una distorsión de la imagen corporal en un trastorno alimenticio, en forma de síndrome comórbido a un trastorno de personalidad *verbi gratia*, o en forma de trastorno puro, como puede ser la existencia de un trastorno de despersonalización (American Psychiatric Association, 2002).

Clasificación de los trastornos disociativos

En la tabla 1 se muestran los diferentes trastornos disociativos según los criterios diagnósticos de la CIE-10 y DSM-IV TR.

La característica esencial del trastorno de despersonalización es la presencia de sentimientos persistentes de irrealidad, distanciamiento o enajenación de uno mismo o del propio cuerpo, normalmente con el sentimiento de que uno es un observador externo del proceso mental que se produce dentro de sí mismo (Steinberg, 1991, cit. en Spiegel et al., 2011). Así el trastorno de despersonalización es, principalmente, un trastorno de la integración de las experiencias perceptuales (Spiegel, 1996, Spiegel et al., 2011). A la hora de hablar de despersonalización es inevitable hablar del fenómeno de desrealización, ya que para muchos autores coexisten frecuentemente, lo que hace difícil su distinción, llegando a valorar la posibilidad de que no sean dos fenómenos independientes (Burón, Jódar y Corominas, 2004). El episodio sindrómico sólo se puede aplicar cuando los episodios de

despersonalización se dan de forma persistente, causando hay malestar clínicamente significativo y, no apareciendo exclusivamente en el transcurso de otros trastornos mentales (Burón et al, 2004).

Tabla 1. Trastornos disociativos según los criterios diagnósticos de la CIE-10 y DSM-IV TR.

CIE 10	DSM-IV TR
<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa • Fuga disociativa • Estupor disociativo • Trastorno de trance • Trastorno de posesión • Trastornos disociativos de motilidad: • Convulsiones disociativas • Anestias y pérdidas sensoriales (y motoras) • Otros trastornos • Trastornos de la identidad disociativo (personalidad múltiple) • Síndrome Ganser 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa (F. 44.9) [300.12] • Fuga disociativa (F. 44.1) [300.13] • Trastorno de identidad disociativo (F. 44.81) [300.14] (antes personalidad múltiple) • Trastornos de despersonalización (F. 48.1) [300.6] • Trastorno disociativo no especificado (F. 44.9) [300.15] • Trastorno disociativo de trance • Trastorno por estrés agudo (F. 43.0) [308.3]

A pesar de no estar incluido en el apartado de trastornos disociativos en el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), debido a la significativa presencia de síntomas disociativos, resulta necesario el abordaje del trastorno por estrés agudo, ya que dichos síntomas son considerados como un predictor de la posible evolución a un Trastorno por Estrés Postraumático (Koopman, Classen, Spiegel, 1993, cit. en Spiegel 1996). La presencia de los síntomas disociativos pueden darse durante o después del acontecimiento traumático, pudiendo experimentar el propio sujeto sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno despersonalización, desrealización o amnesia disociativa (Spiegel, 1996).

En cuanto a la *amnesia disociativa*, es considerada como un trastorno funcional de la memoria, consistiendo en la dificultad para recuperar componentes concretos de la memoria episódica (Spiegel, 1996), durante un periodo de tiempo que puede variar, siendo normalmente la amnesia de carácter retrógrado (Loewenstein, 1991, cit. en Spiegel, 1996) y, circunscrita a los sucesos de naturaleza traumática (o de los que se ha sido testigo), pudiendo estar estos “vacíos mnésicos” enraizados con periodos de memoria intacta. Los individuos con amnesia disociativa, generalmente no presentan alteraciones de la identidad, excepto en el caso de que la misma, esté influida por el recuerdo oculto.

La *fuga disociativa* consiste en un fallo, tanto en la integración de aspectos de la memoria como en la integración de la identidad personal y, de los automatismos de la conducta motora. La memoria que se ve afectada es la autobiográfica, asociada a sucesos estresantes, experiencias abrumadoras presentes, anticipadas o temidas siendo su comienzo normalmente brusco (De Rezende, Ramos, González, 2011); además comporta uno a más episodios de viajes súbitos lejos de casa, inesperados y con un propósito, así como una incapacidad para recordar porciones o la totalidad del pasado personal. Algunos estudios confirman la pérdida de identidad y la asunción de una nueva (Reither y Stoudemire, 1988 cit. en Spiegel, 1996), aunque otros no aclaran dicha teoría (Spiegel, 1996).

En referencia al *trastorno de identidad disociativo*, antes llamado trastorno de personalidad múltiple, es una fenomenología en la cual se alternan en el control del comportamiento de la persona, dos o más identidades o personalidades y, en la que se producen episodios de amnesia. Raramente remite de forma espontánea, aunque los síntomas pueden desaparecer durante largos períodos de tiempo (Kluft, 1985 cit. en Spiegel, 1996). Ésta disociación impide por sí misma el autocontrol y la descripción precisa de los síntomas. Los pacientes con un trastorno de identidad disociativo, frecuentemente muestran una conducta automutilante, impulsiva, sobrevalorando o infravalorando las relaciones que hacen, donde aproximadamente una tercera parte de los pacientes con trastorno de identidad disociativo, cumplen también los criterios de un trastorno límite de la personalidad, de igual manera estos individuos muestran normalmente niveles altos de depresión (Horvitz y Braun, 1984, cit. Spiegel, 1996).

El *síndrome de Ganser*, incluido en los trastornos disociativos no especificados en el DSM-IV, es una patología descrita por Sigbert Ganser (1897), relacionada con estrés inducido por situaciones de confinamiento. La sintomatología consiste en respuestas aproximadas o ridículas ante preguntas simples, obnubilación de la conciencia, desorientación y confusión, pérdida de memoria, síntomas conversivos somáticos (desequilibrio, pseudo amnesias y otros síntomas neurológicos), alucinaciones visuales y auditivas, distorsión o pérdida de la identidad personal, fuga, regresión a estadios de comportamiento infantil y síntomas rápidamente visibles (Enoch y Trethowan, 1991; Enoch y Trethowan, 1991; Nyiroe, 1965 cit. en Drob y Meehan, 2000).

Finalmente, la característica esencial del *trastorno disociativo por trance y posesión* consiste en un estado de trance involuntario que, basándose en sus cánones culturales, el individuo no acepta y no considera una práctica normal, relacionada con los colectivos culturales o religiosos de los que forma parte, y que provoca malestar significativo o deterioro funcional global. (American Psychiatric Association, 2002). En el caso del trance, nos encontramos ante un

trastorno donde el componente cultural es fundamental a la hora de entender las diferencias en el desarrollo de esta fenomenología, siendo diferente de una cultura a otra y, existiendo mayor prevalencia en países menos industrializados. Las características principales son la alteración súbita de la conciencia (sin el acompañamiento de la alteración de identidades), existiendo alteraciones motoras y sensoriales. En el caso de la posesión, existe una asunción de identidad alternativamente distinta, normalmente una deidad, un familiar ya muerto o un espíritu (American Psychiatric Association, 2002). Tras la posesión, sí que se pueden producir períodos de amnesia, circunscritos a la asunción de la identidad alternativa. Los estresores asociados a la inmigración pueden suponer un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad mental en general y, para el trastorno disociativo de trance y posesión en particular (Acuña, Morano y Sanchez-Araña, 2013).

Prevalencia

La idiosincrasia histórica a cerca de la histeria indica que éste trastorno se determina por factores biológicos e influencias socio-culturales (e.j. el tratamiento de la histeria en las mujeres). Incluso hoy en día, se mantiene una extendida creencia alrededor de los trastornos disociativos, los cuales han sustituido a la histeria en el sistema de clasificación actual, de ser predominantes entre el género femenino (Bennasar y Leal, et al., 2002). Pero se han descubierto evidencias empíricas de que tanto en la población general como en las diferentes muestras clínicas, los síntomas disociativos se distribuyen de forma igualitaria entre hombres y mujeres en la población general (Ross et al., 1990 cit. en Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2006; Spitzer y Freyberger, 2008) y por ende, entre los factores de riesgo asociados a acontecimientos traumáticos (Johnson et al., 2006). Pudiendo explicarse la supuesta dominancia de los trastornos disociativos en mujeres por el contexto socio-cultural, ya que los hombres con trastornos disociativos normalmente no entran en el sistema sanitario, pero sí en el sistema legal (e.j. prisiones o en instituciones forenses) (Spitzer y Freyberger, 2008).

La tabla 2 muestra una comparativa de las prevalencias divididas por prevalencias totales y prevalencias por trastorno.

En cuanto a las tasas de prevalencia total del trastorno las diferencias pueden ser debidas al instrumento utilizado (e.j. Diagnostic Interview Schedule (DIS), Structural Clinical Interview (SCID)) y, su llamativo porcentaje puede corresponder a la no distinción con otros trastornos psiquiátricos en los que aparecen síntomas disociativos. La Amnesia disociativa, en el estudio de Ross en Canadá, se presenta como el trastorno disociativo más prevalente, con un 6,00%, en contraposición a otros estudios que lo sitúan como el segundo más frecuente

después del Trastorno disociativo no especificado, siendo éste último, el diagnóstico más habitual en la práctica clínica, poniendo de manifiesto la problemática nosológica de los trastornos disociativos, principalmente entre el trastorno disociativo no especificado y el Trastorno de identidad disociativo.

Tabla 2. La siguiente tabla muestra una comparativa de las prevalencias divididas por prevalencias totales y prevalencias por trastorno.

Tasas de prevalencia totales	%	Tasas de prevalencia por trastorno***	%
Tasas de prevalencia total *	3-10%	Trastorno de D-D	
Disociación patológica **		<i>Norteamérica, Canadá,</i>	
<i>Población general USA</i>	2-3,3%	<i>Turquía y Alemania</i>	0,8-2,8%.
<i>Población general Europa</i>	0,3%	Fuga disociativa	
<i>Pacientes psiquiátricos</i>		<i>Canadá, Turquía y USA</i>	0-0,2%
<i>hospitalizados</i>	5,4-12,7%	<i>China</i>	1,30%.
<i>Pacientes con anorexia de</i>		Amnesia disociativa	
<i>tipo compulsivo-nerviosa,</i>		<i>Canadá</i>	6,00%
<i>donde la prevalencia (mujeres)</i>	4,8-48,6%	Trastorno disociativo	
		no especificado	
		<i>India (modo ambulatorio)</i>	90,00%

Trastorno de D-D= trastorno de despersonalización y desrealización.

*Loewenstein, 1994; Ross, 1991; Ross et al., 1990 citado en Johnson et al., 2006; Spitzer et al., 2006. **Bennasar, 2002; Hales y Yudofsky 2005; Spitzer et al., 2006; Muñoz, Beato y Rodríguez, 2011. *** Spiegel, et al., 2011; Bru et al., 2009.

Comorbilidad

El trastorno disociativo como entidad clínica, es poco diagnosticado en nuestro medio, ya que la presencia de desórdenes disociativos no se encuentran sólo en forma de “trastorno estanco” sino que coexisten con otros trastornos mentales entre la población adulta, suponiendo un predictor directo de severidad (Şar, et al., 2004), tanto en el Eje I como en el Eje II (Bru, et al, 2008, Bru et al., 2009, Johnson, et al., 2006), sobre todo al compararse con población que no manifiesta experiencias disociativas (Şar, et al., 2006). Las experiencias disociativas se solapan entre los criterios diagnósticos del Trastorno del espectro autista, el Trastorno por estrés postraumático y los diferentes trastornos de personalidad. Además aparecen en una amplia gama de trastornos mentales (ej. esquizofrenia, trastornos afectivos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos alimenticios y trastornos somatomorfos). Se ha propuesto la existencia de un espectro de patologías interconectadas compuesto por los trastornos de somatización, los estados conversivos y los episodios disociativos, como

manifestaciones somáticas y psíquicas secundarias al intenso malestar emocional (Baillès, et al., 2004), sobretudo relacionados con experiencias traumáticas (Bru et al., 2008; Bennasar y Leal, et al., 2002; Hales y Yudofsky, 2005; Spitzer, et al., 2006). Otros estudios, sostienen la hipótesis que un trastorno límite de personalidad muestra síntomas disociativos, especialmente aquellos que refieren antecedentes de abusos físicos y sexuales (ej. Chu y Dill, 1990). Por el contrario, otros autores no corroboran la hipótesis del trauma, siendo el trastorno límite en sí mismo, como propio factor de riesgo para la disociación (Salavert, et al., 2004, Irma, Timmerman y Emmelkamp, 2001, Sar, et al., 2006). Una posible explicación es la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Bru et al., 2008, Johnson et al., 2006, Şar et al., 2007), del mismo modo que presentan una pobre organización interna y de recursos personales (Sigal, et al., 1992 cit. en Merckelbach, y Giesbrecht, 2006).

Evolución al DSM-5

Han surgido muchos cambios en las conceptualizaciones de los trastornos mentales desde las revisiones de la nosología psiquiátrica a principios de la década de los ochenta, con la publicación del DSM-III en 1980 (American Psychiatric Association, 1980), seguida de dos revisiones ulteriores, DSM-III-R en 1987 (American Psychiatric Association, 1987) y DSM- IV, en 1994. Sin embargo, pocos cambios han sido tan sustanciales como los asociados con el creciente énfasis del desarrollo. El DSM-III contenía una consideración relativamente breve sobre temas del desarrollo, y la extensión de este centro de interés no se modificó de forma apreciable en el DSM-III-R ni el DSM-IV (Regier, Narrow, Kuhl y Kupfer, 2012).

En la actualidad, se han propuesto los siguientes cambios generales más relevantes, para la organización de la clasificación multiaxial de los criterios diagnósticos de los trastornos disociativos (Spiegel, et al., 2011). En primer lugar, la desrealización es incluida en el nombre y la estructura sintomática en lo que previamente se llamaba trastorno de despersonalización, y ahora se denomina trastorno de desrealización-despersonalización. La fuga disociativa ahora se torna un especificador de la amnesia disociativa, más que un criterio diagnóstico separado y, los criterios de Trastorno de identidad disociativo han cambiado para indicar los síntomas o alteraciones de identidad que pueden ser informados u observados, y las lagunas en el recuerdo de los acontecimientos pueden ser cotidianos y, no exclusivamente para acontecimientos traumáticos. Dentro de este trastorno, el primer criterio se ha ampliado para incluir ciertos fenómenos de posesión y síntomas neurológicos funcionales, para tener en cuenta las diversas presentaciones en la práctica profesional y, la experiencia de posesión debería incluirse en la definición de “alteración de la identidad”, donde

el Trastorno disociativo de trance debería incluirse en la categoría de Trastorno disociativo no especificado (American Psychiatric Association, 2013).

En la tabla 3 se muestran las propuesta conceptual de trastornos disociativos de clasificación multiaxial, basado en los trastornos disociativos en el DSM-5 (Spiegel, et al., 2011)

Tabla 3. En el siguiente esquema se muestran las propuesta conceptual de trastornos disociativos de clasificación multiaxial, basado en los trastornos disociativos en el DSM-5 (Spiegel, et al., 2011)

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Desrealización-Despersonalización. (300.6)	Criterios diagnósticos para la Amnesia Disociativa (300.12)
<p>A. El paciente puede tener A1 o A2 o ambos:</p> <p>A1. Experiencias recurrentes o persistentes de al menos 1 mes de sentimientos de distanciamiento, o de ser un observador externo del propio cuerpo (e.j. sentirse en un sueño, sentido de irrealidad de si mismo, alteraciones perceptuales, insensibilidad emocional y/o física, sentido distorsionado del tiempo)</p> <p>A2. Experiencias recurrentes o persistentes de al menos 1 mes de sentimientos de irrealidad del entorno (e.j. el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, fantasioso, distanciamiento, neblinoso o, desvirtuado visualmente)</p> <p>B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, el sentido de la realidad permanece inalterado.</p> <p>C. Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Las experiencias de despersonalización o desrealización no ocurren exclusivamente como síntomas de otro trastorno mental, como Esquizofrenia, Ataque de pánico, Trastorno del Espectro autista, u otros Trastornos disociativos, y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (e.j. drogas o fármacos) o una enfermedad médica general (e.j. epilepsia del lóbulo temporal)</p>	<p>A. Incapacidad para recordar información personal, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, siendo inconsistente con olvidos cotidianos. La amnesia puede ser localizada, selectiva, sistematizada, continua, temática, o generalizada.</p> <p>Nota: Hay dos tipos de Amnesia Disociativa:</p> <p>(1) Amnesia Localizada para un/os acontecimiento/s específico/s, y</p> <p>(2) Amnesia Generalizada en la identidad y la historia vital. La Fuga Disociativa ocurre cuando la Amnesia Disociativa Generalizada se acompaña de un viaje intencionado.</p> <p>B. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de una Trastorno de Identidad Disociativo, en el Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno del Espectro Autista o al Trastorno de Somatización y, no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (e.j. drogas o fármacos) o a una enfermedad médica general o neurológica (e.j. trastorno amnésico u otro trastorno cognitivo).</p> <p>C. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.</p>

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Identidad Disociativo (300.14)

A. Alteración de la identidad caracterizada por la presencia de dos o más personalidades distintas o de una experiencia de posesión, evidenciados por discontinuidades en el sentido del yo, las cogniciones, el comportamiento, los afectos, las percepciones y/o las memorias. Ésta alteración puede ser observada por otros, o informado por el paciente.

B. Incapacidad para recordar información personal importante, para los acontecimientos de la vida diaria o acontecimientos traumáticos, siendo inconsistente con los olvidos cotidianos.

C. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.

D. La alteración no forma parte de una aceptación cultural o de prácticas religiosas y, no es debido al efecto fisiológico directo de una sustancia (e.j. comportamiento caótico o blackouts o por una intoxicación alcohólica) o una enfermedad médica general (e.j. crisis parciales complejas) *Nota: En niños, los síntomas no son atribuibles a personajes imaginarios o a juegos de fantasía. Especificar si*:*

- a. Con crisis no epilépticas u otros síntomas de conversión.
- b. Con síntomas somáticos que varía según la identidad (excluyendo los referidos en a))

*Estas especificaciones están bajo consideración.

Criterios diagnósticos para el Trastorno Disociativo no Especificado (300.15)

A. Cuadros clínicos similares al trastorno de identidad disociativo que no cumplen todos los criterios para este trastorno. Los ejemplos incluyen los cuadros en los que, a) no aparecen dos o más estados de identidad distintos, o b) no existe amnesia de alguna información personal importante.

B. Estados disociativos que pueden presentarse en individuos que han estado sometidos a periodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva (p. ej., lavados de cerebro, modificación del pensamiento o inductación en sujetos cautivos).

C. Trance disociativo, caracterizado por estrechamiento de la conciencia del entorno inmediato o comportamientos o movimientos estereotipados que se encuentran fuera del control de la persona. El trance disociativo no forma parte de una práctica ampliamente aceptada en una religión o colectivo cultural.

D. Pérdida de conciencia, estupor o coma, no atribuibles a otra condición médica.

E. Síndrome de Ganser: dar respuestas aproximadas a las preguntas (e.j. dos más dos igual a cinco), sin haber asociación con amnesia disociativa.

F. Reacciones graves ante acontecimientos estresantes, con una duración menor a un mes, caracterizado por síntomas disociativos mixtos, como la despersonalización, la desrealización, amnesia, alteraciones de la conciencia, y/o estupor que causa un malestar clínicamente significativo y no cumplen criterios para otro trastorno mental (E.j. Trastorno del Espectro Autista, Delirium u otro Trastorno Disociativo)

G. Reacciones graves, con una duración menor a un mes, caracterizadas por síntomas disociativos mixtos (Ej. amnesia, flashbacks disociativos, alteraciones de la conciencia) y síntomas psicóticos (Ej. Catatonia, alucinaciones visuales o auditivas, ilusiones, comportamientos disruptivos, en general) que causa un malestar clínicamente significativo y no cumplen criterios para otro trastorno mental (E.j. Trastorno del Espectro Autista, un Trastorno Psicótico, Delirium u otro Trastorno Disociativo).

Dimensión forense de los trastornos disociativos

En este apartado, el objetivo es delimitar de forma breve el abordaje de los diferentes trastornos y síntomas disociativos en la jurisdicción penal, centrándonos de forma exclusiva en el acusado, autor del delito o victimario.

Es comúnmente conocido que los trastornos disociativos predicen conductas violentas en un amplio rango de población (Moskowitz, 2004), siendo crucial para comprender la conducta violenta, en general. Otros autores asocian estos trastornos a crímenes violentos y se observa principalmente en asesinatos (Lewis, et al., 1997; Perr, 1991, cit. en Spitzer, Liss, Dudeck, et al., 2003) y, en casos de homicidio (Grondahl, Vaerroy, Dahl, 2009), donde alrededor de un tercio de los acusados en estos casos declaran amnesia durante el tiempo de su presunto hecho (Grondahl, Vaerroy, Dahl, 2009) o, de tipo sexual, donde la disociación patológica es más prominente, aunque los descubrimientos de esta asociación con crímenes específicos sigue siendo inconcluyentes (Spitzer, Liss, Dudeck, et al., 2003). Aunque es conocido que de forma primaria, se originan desde una infancia de maltrato como causa psicógena esperable. Por tanto, los resultados sugieren que los pacientes forenses parece una población con alto grado de riesgo para los trastornos y los síntomas disociativos, siendo un reto especial para los expertos forenses, ya que sus conclusiones tienen implicaciones legales.

En Canadá, los estados disociativos son vistos dentro del alcance de la defensa jurídica de un trastorno mental, de los cuales pueden tender hacia varias opciones, incluyendo el internamiento en centros psiquiátricos. En Australia, la evidencia de un estado disociativo normalmente se apoya en una exculpación completa o absolucón del imputado. Existe una diferencia clave entre ambos países, ya que las cortes australianas aceptan la evidencia de los estados disociativos como automatismo “sano”, mientras que las cortes canadienses han visto que cae en los límites del ámbito del automatismo de la “locura”. Por tanto, los estados de disociación pueden caer dentro de los límites del trastorno mental, donde el siguiente paso es considerar que efecto del déficit mental tuvo en la habilidad de razonamiento del individuo, sin embargo, el resultado dependerá de las pruebas médicas dispuestas en el juicio (McSherry, 1998).

Las reglas de M’Naghten formaron la base de la defensa de “locura” en muchas jurisdicciones. Las más populares son: “para establecer una defensa en la base de la locura, debe ser claramente probado que, en el momento de comisión del acto, la parte acusada debe estar bajo los defectos de la razón, de un trastorno mental, sin conocer la naturaleza y la cualidad del acto que estaba realizando: o y si lo conocía, si sabía que lo realizado estaba mal hecho”.

La defensa del trastorno mental de la sección N° 16 del Código Criminal Canadiense se ha criticado, al basarse en un concepto anticuado del trastorno mental establecido a continuación: “Una persona no es criminalmente responsable por un delito si él o ella sufre de un déficit mental en el momento de la comisión del delito, por tanto su habilidad será disminuida sustancialmente”.

En la jurisdicción americana, se presenta una mayor prevalencia del diagnóstico de Trastorno de identidad disociativo, por tanto de influencia en el sistema legal existiendo disparidad en cuanto, en las consideraciones a cerca de la imputabilidad. Siendo el reconocimiento del trastorno múltiple de personalidad, como enfermedad mental que exime de responsabilidad criminal, hasta el caso de Billy Milligan (*State v. Milligan*) en 1978 defendiendo la “insanity” o locura (Farrell, 2011). Ésta defensa de locura ha llegado, por lo menos, a veinte casos judiciales, de los cuales al menos cuatro tuvieron “exculpación por razón de locura” (*not-guilty-by-reason-of-insanity* o NGRI) o “incompetencia para ser juzgado” (*incompetence-to-stand-trial* outcomes) (Saks, 1995 cit. en Merckelbach, Devilly y Rassin, 2002). Pertinente a este tema está la visión de otros autores (Loewenstein y Putman, 1990 cit. en Merckelbach, et al., 2002), donde el 35% de los pacientes con trastorno de personalidad múltiple reclama tener identidades homicidas. En casos de “not-guilty-by-reason-of-insanity” (NGRI) con personalidades múltiples, la defensa del abogado irá encauzada hacia una de las tres aproximaciones legales siguientes: a) La aproximación de “la identidad en control”, siendo la defensa más común, considerando el aspecto clave, acerca de cuál de las personalidades alternativas tenía el control en el momento del crimen y, si conocían la “insanity standard”; b) La aproximación de las identidades por separado, que considera que cada personalidad conoce la “insanity standards” y, c) La aproximación de la identidad huésped, que considera que el factor clave, gira en torno a si la personalidad primaria o dominante, conoce la “insanity standards”. Y, podemos hablar de una opción añadida, donde algunos Tribunales han llegado a cruzar a cada una de las personalidades, como si fueran en realidad diferentes personas y, cada una de ellas debieron responder de forma individual de sus conductas, del propio conocimiento y volición que tengan de las mismas (Irvin, 1991 cit. en Carrasco y Maza, 2005).

Dentro de los países europeos, Noruega usa el término de “Inconsciencia” (*besvisstlos*) en su Código Penal. Éste término se define como término legal colectivo “la pérdida de consciencia, la cual incluye una completa o casi completa falta de reacción hacia los estímulos ambientales”, abarcando todo tipo de amnesia severa o global, donde un crimen cometido bajo “inconsciencia” puede provocar absolución o exculpación y, la “consciencia reducida” puede repercutir en una sentencia menor o atenuante de la responsabilidad criminal.

En resumen, el acusado que reclama la disociación en el momento de la comisión del delito podría deberse a un “psychological blow”, destacando el déficit en el funcionamiento como estado mental transitorio, o alega que sufre de una enfermedad mental que requiere tratamiento y supervisión (McSherry, 1998).

Es bastante frecuente alegar amnesia en delitos considerados graves, en nuestro Código Penal, aunque es más frecuente que sea de tipo parcial a que abarque el suceso delictivo en su totalidad (e.j. Evans, Mezey y Ehlers, 2009); el dato más relevante es que no se atribuye amnesia a disociación (McLeod, Byrne y Aitken, 2004), ya que puede explicarse como un déficit de recuperación de la información o de la distorsión autobiográfica, reflejando las limitaciones del sistema de memoria humana (Conway, 1997 cit. en McLeod, et al., 2004) o, de ser un intento de suprimir depresión emergente de la conciencia, de la persona que ha cometido un acto censurable, como es el caso de las amnesias disociativas y de sus posibles consecuencias en la práctica forense. Por otra parte, la amnesia se asocia a alto grado de ingesta de alcohol, con o sin concurrencia de otras sustancias ilícitas, particularmente en crímenes de tipo homicida (Burget y Whitehurst, 2007, Grondahl, et al., 2009), a tener lazos emocionales con las víctimas y, al procesamiento cognitivo durante la agresión (Evans, et al., 2009). De hecho, parece que los altos niveles de rasgos disociativos se asocian a mayor afecto negativo (McLeod et al., 2004) y alta activación emocional (Burget y Whitehurst, 2007).

En casos de trastornos de trance y posesión, puede darse conductas delictivas, (e.j. lesiones, mutilaciones, sacrificios, homicidios, etcétera.) y, con relación a prácticas de ritos demoníacos. En cuenta a la valoración forense, se debe tratar de estados no considerados normales en la cultura del individuo y han de ser involuntarios. Incluso, cuando no se buscara de forma voluntaria, la acción puede resultar punible. Si se precisara valoración en relación a la imputabilidad, es necesario conocer toda la dinámica consciente, inconsciente y disociativa que pudo condicionar un comportamiento determinado (Carrasco y Maza, 2005).

En los trastornos de despersonalización, se derivan consecuencias forenses de la presencia de conductas anormales en los estados o, experiencias de despersonalización y/o de desrealización. Su incidencia no sólo depende de las experiencias de irrealidad, la ansiedad, la perplejidad o el miedo, sino del trastorno mental comórbido asociado, pudiendo provocar una afectación del control racional del acto voluntario, necesariamente objeto de valoración de su posible causalidad ante unos hechos concretos.

Algunos autores consideran el síndrome de Ganser como un trastorno disociativo inducido por el estrés que sirve para disminuir la responsabilidad, cautivando atención y simpatía (Drob y Meehan, 2000), a través de la

presentación de uno mismo como enfermo (Hampel, et al., 1996; Nyiroe, 1965 citado en Drob y Meehan 2000), por tanto, es producido por mecanismos restringidos desadaptados (Stiegel, 1992 cit. en Drob y Meehan 2000). Se considera que los individuos con un inadecuado manejo del estrés y con trastornos subyacentes de personalidad, son más proclives a desarrollar éste trastorno (Hampel et al, 1996 citado en Drob y Meehan 2000). Una de las principales claves de abordaje de este tipo de patologías, en el medio forense, consiste en el análisis de una posible simulación, fruto de las ganancias secundarias que se dirimen de la existencia de tal fenomenología, en contextos penitenciarios. El diagnóstico diferencial se centra en los matices excluyentes hallados entre la simulación, los trastornos facticios y el propio trastorno. Este hecho ha guiado a algunos autores a detectar que el síndrome de Ganser es hallado en individuos mentalmente enfermos que inconscientemente simulan otras formas de trastornos psiquiátricos (Stern y Whiles, 1942 cit. en Drob y Meehan 2000). Mientras que en la simulación el sujeto realiza una producción voluntaria de falsos síntomas en base a una motivación que es sabida por él, en el síndrome de Ganser, el sujeto no es consciente del motivo por el que se producen los síntomas, ya que el proceso entero se desarrolla fuera de la conciencia, siendo una producción involuntaria (Drob, Meehan y Waxman, 2009). Las repercusiones legales, giran en torno a las capacidades procesales del sujeto (e.j. capacidad de asistir a juicio) o como estado de enajenación sobrevenida o de enfermedad grave (Carrasco y Maza, 2005) y, la posible progresión de grado, ya que el desarrollo de dicho trastorno suele producirse en el contexto penitenciario, sin poseer carácter retroactivo en relación a los hechos que llevaron al sujeto a su reclusión, pudiendo evolucionar como respuesta a un deterioro físico inminente.

En cuanto al Trastorno de identidad disociativo, existen verdaderos retos medicolegales y una acusada controversia en torno a las repercusiones forenses del trastorno, existiendo disparidad de criterios entre los profesionales sobre la implicación o no de dichos trastornos en la responsabilidad criminal, estando nuevamente presente la sombra del diagnóstico diferencial de simulación (Drob, et al., 2009). La precisa determinación de la credibilidad de los síntomas en acusados es difícil, debido a que la principal fuente de información es el auto-declaración. Algunos expertos creen que una persona con un Trastorno de identidad disociativo, está sujeta a un trastorno mental severo y otros ponen en duda la existencia del trastorno, denegando la validez de las disociaciones o reconociendo la carencia de la información científica disponible en los diagnósticos. Los expertos deben de ser especialmente desconfiados ante la simulación de múltiples identidades que manifiestan detalles exagerados de sus otros estados de identidad (Farrel, 2011).

Estudio jurisprudencial penal de los trastornos disociativos en victimarios

Método

Para la realización del presente estudio se han utilizado las bases de datos jurídicos de Aranzadi Westlaw (www.westlaw.es) y Cendoj (www.poderjudicial.es), siendo sendas plataformas fondos documentales de jurisprudencia española, conteniendo sentencias y resoluciones jurídicas de los órganos competentes del sistema judicial español.

Se ha realizado una delimitación temporal y conceptual, estableciendo un espectro de búsqueda que va desde el 1 de Enero del 2000 al 9 de Diciembre del 2013, utilizando como marcadores aquellos términos asociados al constructo nosológico “Disociativo” teniendo en cuenta las distintas acepciones y etiquetas diagnósticas utilizadas por los profesionales de la psiquiatría y la psicología: “Trastorno disociativo”, “Despersonalización”, “Amnesia disociativa”, “Fuga disociativa”, “Trastorno de identidad disociativo”, “Personalidad múltiple”, “Histeria psicógena”, “Histeria disociativa”, “Síndrome de Ganser”, “Trance” “Posesión” “Desrealización” y “Disociación”. La búsqueda se ha centrado en la jurisdicción penal, más concretamente en sentencias referentes al área “Victimario”.

Tras una primera criba de sentencias que contenían la terminología seleccionada, se ha realizado un escrutinio para profundizar en aquellas sentencias en las que existía una contingencia significativa entre la presencia del constructo disociativo y la resolución judicial, desechando aquellas sentencias donde el contenido o la presencia disociativa es tangencial o no relevante.

El resultado final del análisis queda reflejado en las tablas incluidas en el anexo que constan de los siguientes apartados:

- Órgano, Nº de Sentencia y Fecha.
- Tipo penal, apartado que nos permite tener una visión específica de la delictología asociada a este tipo de trastorno.
- Sexo.
- Relación con la víctima.
- Delimitación conceptual clínica (Trastorno o síntoma), la forma en que se da la presencia disociativa, pudiendo ser como síntoma dentro de la semiología de otro trastorno o configurando un trastorno en sí misma.
- Comorbilidad, en aras de valorar con que patologías o problemáticas aparecen los trastornos del espectro disociativo, analizando de igual modo, la posibilidad de que la propia presencia disociativa sea secundaria a un trastorno principal.

- Psicopatología, relacionada con el delito, donde se analiza en que manera en la sentencia queda reflejada la posible afectación de las facultades volitivas y cognitivas del sujeto en cuestión.
- Disposiciones de interés aplicadas en la sentencia y, la presencia del componente disociativo y su correlación con los hechos.
- Resolución, análisis de la aplicación o no de modificaciones en la responsabilidad criminal en función de la contingencia entre delito y presencia disociativa.

Resultados

El número bruto de sentencias analizadas en ámbito penal (victimario) asciende a 112. Tras realizar el cribado de aquellas que resultaban irrelevantes, ya que su presencia en la sentencia era tangencial, no significativa o meramente descriptiva, se obtienen 51 sentencias repartidas de la siguiente manera a través de los distintos órganos jurisdiccionales.

Tabla 4. Órganos jurisdiccionales y número sentencias analizadas

Audiencia Provincial	Tribunal Superior de Justicia	Audiencia Nacional	Tribunal Supremo	Total
44	2	2	3	51

De las 112 sentencias analizadas 51 resultaron relevantes (Tabla 4 y anexo), siendo el órgano jurisdiccional más repetido la Audiencia provincial (44) seguido del Tribunal Supremo (3), la Audiencia Nacional (2) y el Tribunal Superior de Justicia (2).

Tabla 5. Perfil del victimario

Sexo	Porcentaje	Relación con la víctima	Porcentaje
Mujer (19)	37,25%	Conocidos (27)	52,94%
Varón (32)	62,70%	<i>Relación sentimental o análoga convivencia</i> (7)	25,92%
		<i>Familia</i> (8)	29,63%
		<i>Otros</i> (12)	44,40%
		Desconocidos (10)	19,60%
		No procede (14)	27,45%

El análisis de la muestra arroja diferencias destacables en cuanto al género, con un alto porcentaje de hombres respecto al de mujeres, siendo el

género masculino el más presente en el constructo victimario dentro del ámbito penal (Tabla 5). En cuanto a la relación del victimario con la víctima, la mayoría de víctimas mantenían lazos emocionales o familiaridad con los acusados, estando el mayor porcentaje circunscrito a relaciones extrafamiliares o de grupos secundarios (e.j. entorno social, comunitario, laboral etc...). Las sentencias donde no procede la presencia de la relación víctima-victimario dirimen de la tipología delictiva (Tabla 5 y anexo), no existiendo dicha relación en la mayoría de los delitos contra el patrimonio o el orden socioeconómico y, en muchos de los delitos contra la seguridad colectiva.

Tabla 6. Resoluciones judiciales y tipo de medida

Resoluciones judiciales	Porcentaje	Tipo de Medida***	Porcentaje
Eximente completa (12)	23,53%	Internamiento centro psiquiátrico (7)	20,00%
Eximente incompleta (12)	23,53%	Eximente completa (4)	
Atenuante (18)	35,30%	Eximente incompleta (3)	
Responsabilidad plena (8)	15,68%	Tratamiento ambulatorio (7)	20,00%
Otras resoluciones * (1)	1,96%	Eximente completa (3)	
		Eximente incompleta (2)	
		Atenuante** (2)	
		No Consta (21)	60,00%

*progresión de grado o internamiento

**sustitución de pena por tratamiento ambulatorio

***de las 51 sentencias analizadas, únicamente 35 son susceptibles de aplicación de una medida

El reparto de las resoluciones judiciales (Tabla 6) sitúa a la atenuante (35,30%) como principal circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, no llevando normalmente una medida de seguridad pareja, excepto en los casos donde el juez considera procedente la posibilidad de sustituir la pena impuesta por un tratamiento en régimen ambulatorio. En la muestra analizada se perfila el mismo porcentaje de eximentes completas e incompletas (23,53%) aplicadas por los Tribunales, seguida de la imposición de la pena con responsabilidad plena (15,68%). En cuanto al tipo de medida (Tabla 6) dirimidas de las eximentes completas, de las 12 halladas en la muestra se han encontrado 4 donde la medida ha estado orientada al internamiento y 3 donde se ha impuesto un tratamiento ambulatorio en centro psiquiátrico. En referencia a las eximentes incompletas, con el mismo número, la presencia de medidas se reduce a 3 en régimen de internamiento y 2 en régimen de tratamiento ambulatorio. Aún así, es relevante tener en cuenta que en la mayoría de las resoluciones en las que concurren circunstancias modificativas de la responsabilidad no lleva asociada ningún tipo de medida (60,00%).

Una de las partes más relevantes de la práctica forense, es determinar la relación entre la psicopatología presentada y la afectación de las capacidades del individuo (Tabla 7 y anexo).

Tabla 7. Psicopatología y relación con el delito

Psicopatología y relación con el delito	Porcentaje
No afectación (6)	11,76%
Afectación parcial* (12)	23,53%
Cognitiva (0)	0,00%
Volitiva (10)	83,33%
No específica (2)	16,67%
Afectación de ambas ** (22)	43,13%
Anulación plena (7)	13,72%
No consta (4)	7,84%

*cuando se ven afectadas una u otra

**relativo a gradación, desde leve a severo

Según los datos extraídos de la muestra podemos observar que la afectación de ambas capacidades (en una gradación que va desde leve a severo) es la más prevalente (43,13%), seguida de la afectación parcial (23,53%) donde sólo una de las capacidades se ve afectada, siendo la volitiva (83,33%), la imperante en este aspecto. Es relevante destacar la paridad de porcentajes de los dos polos opuestos del espectro de la alteración de las capacidades, donde la anulación plena (13,72%) y la ausencia de afectación (11,76%), son cuasi simétricas en el análisis jurisprudencial.

En referencia a la delimitación clínica de la disociación y su comorbilidad asociada, hemos diferenciado entre la presencia del constructo disociativo como trastorno y como síntoma (Tabla 8). En primer lugar, cabe destacar un mayor porcentaje de los trastornos disociativos con nosología de trastorno (70,58%), frente a la aparición de estos como síntoma (29,41%), derivado de otra patología, o que no alcanzan la relevancia para ser etiquetado en una categoría mayor. Dentro de la categoría “trastorno”, la etiqueta más referenciada por los especialistas en las sentencias, es la de “Trastorno disociativo” con un 44,44%, mientras que los menos prevalentes son el “Trastorno disociativo no especificado”, “Trastorno de identidad disociativo/ Trastorno múltiple de la personalidad” y “Síndrome de ganser”, todos ellos con un 5,56%.

En el apartado de “Síntoma”, la mayor presencia recae en “Síntoma disociativo derivado de trastorno de personalidad” (26,67%) y, “Síntoma disociativo derivado de trastorno de estrés postraumático” (20,00%). De manera

comórbida, queda reflejado en las sentencias estudiadas, que el constructo disociativo, en su mayoría, no presenta psicopatología asociada (44,82%). No obstante, dentro de la coexistencia con otros trastornos, según la clasificación multiaxial del DSM-IV TR, el Eje I es el más relevante (25,86%), cuya distribución interna sitúa al “Retraso mental leve/ borderline/inteligencia baja” como el más prevalente con un 40,00% seguido del “trastorno adaptativo mixto” y la “Depresión” con un 26,67% , cada uno de ellos.

Sin dejar de señalar el peso, a nivel comórbido general, de los trastornos del Eje II (15,51%) y, el “consumo de sustancias /alcohol” (12,06%).

Tabla 8. Delimitación conceptual clínica y comorbilidad

Delimitación conceptual clínica	Porcentaje		Porcentaje
Trastorno (36)	70,58%	Síntoma (15)	29,41%
Trastorno disociativo (16)	44,44%	Síntoma disociativo derivado de TP (4)	26,67%
Estado/episodio disociativo (4)	11,11%	Síntoma disociativo derivado de TEPT (3)	20,00%
Amnesia disociativa (4)	11,11%	Cuadro disociativo asociado a consumo de sustancias (2)	13,33%
Histeria disociativa (3)	8,33%	Sintomatología disociativa derivado de cuadro depresivo (2)	13,33%
Despersonalización (3)	8,33%	Estupor disociativo (1)	6,67%
TDNE (2)	5,56%	Histeria con amnesia psicógena relacionado con TEA (1)	6,67%
TID o TMP (2)	5,56%	Desrealización-despersonalización asociada a TAG (1)	6,67%
Síndrome de Ganser (2)	5,56%	Síntomas disociativo derivado de TP y depresión (1)	6,67%
Comorbilidad*	Porcentaje		
Eje I (15)	25,86%		
Esquizofrenia (1)	6,66%		
Retraso mental leve/borderline /inteligencia baja (6)	40,00%		
Trastorno adaptativo mixto (4)	26,67%		
Depresión (4)	26,67%		
Eje II (9)	15,51%		
Eje III (1)	1,72%		
Consumo de sustancias/alcohol (7)	12,06%		
No consta (26)	44,82%		

Legenda: TID= Trastorno de identidad disociativo, TMP= Trastorno múltiple de personalidad, TDNE= Trastorno disociativo no especificado, TEPT=Trastorno de Estrés Postraumático, TEA= Trastorno de Estrés Agudo, TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada, TP= Trastorno de Personalidad
*En algunas sentencias coexisten más de un trastorno de forma comórbida

En cuanto a la delictología presentada, existe un escaso número de faltas (3,94%) frente al amplio porcentaje de delitos (96,05%) (Tabla 9). En unos análisis más detallados de estos últimos, la tipología “Delitos de homicidio y sus formas” ocupa un 38,35% del total de sentencias. El porcentaje restante lo ocupan los “Delitos contra el patrimonio y contra el desorden socioeconómico” (15,06%), seguido de “Delitos contra la libertad y delitos contra la indemnidad sexual”, “Delitos contra la seguridad colectiva” y “Delitos contra el desorden público” todos ellos con un 10,95%. Por último, los delitos menos frecuentes asociados a los trastornos disociativos, por orden de presencia en las sentencias, son “Delitos de lesiones” (8,21%), “Delito de falsedades” (4,11%), “Delitos contra la administración de justicia” y “Delitos contra la inviolabilidad del domicilio”, ambos con un 2,73%.

Tabla 9. Tipología penal

	Porcentaje		Porcentaje
Faltas (3)	3,94%		
<i>Lesiones</i>			
<i>Injurias</i>			
<i>Daños</i>			
Delitos (73)	96,05%		
Delitos contra el patrimonio y contra el desorden socioeconómico (11)	15,06%	Delitos de homicidio y sus formas (28)	38,35%
<i>Hurto</i>		<i>Asesinato</i>	
<i>Robo con fuerza</i>		<i>Asesinato en grado de tentativa</i>	
<i>Estafa</i>		<i>Homicidio</i>	
<i>No específica</i>		<i>Homicidio en grado de tentativa</i>	
Delitos contra la libertad y contra la indemnidad sexual (8)	10,95%	Delitos contra la seguridad colectiva (8)	10,95%
<i>Agresión sexual</i>		<i>Incendio</i>	
<i>Acoso sexual</i>		<i>Contra la salud pública</i>	
<i>Amenaza</i>		<i>Contra la seguridad vial</i>	
<i>Detenciones ilegales y secuestro</i>			
<i>Vejeciones</i>			
Delitos contra el desorden público (8)	10,95%	Delitos de las falsedades (3)	4,11%
<i>Depósito de armas de guerra</i>		<i>Falsedad documental</i>	
<i>Resistencia a agentes de la autoridad</i>		Delitos de lesiones (6)	8,21%
<i>De desórdenes públicos</i>		<i>Lesiones</i>	
<i>Atentado contra la autoridad</i>			
Delitos contra la administración de justicia (2)	2,73%	Delitos contra la inviolabilidad del domicilio (2)	2,73%
<i>Quebrantamiento de condena</i>		<i>Allanamiento de morada</i>	

Conclusiones

A la hora de abordar este tipo de estudios, debemos tener en cuenta las limitaciones intrínsecas dirimientes de la propia muestra, no siendo representativa de la doctrina jurídica, limitándose a la extracción de la misma de las bases de datos disponibles, Aranzadi-Westlaw y Cendoj, caracterizadas por poseer un corte jurídico, no clínico –forense, sin poder tener acceso, de igual modo, a todas las resoluciones relacionadas con los trastornos disociativos emanadas de los órganos judiciales españoles. En la misma línea, este tipo de análisis jurisprudencial sobre los trastornos disociativos, debido a la escasez de literatura científica e investigaciones relacionadas con su repercusión legal, hace que no sea posible la comparación con estudios similares, teniendo que recurrir a publicaciones extranjeras. Por otra parte, hay que hacer hincapié a cerca del etiquetado diagnóstico que se realiza en la jurisprudencia española, pudiendo surgir falsos positivos debido a la terminología empleada, concluyendo que no existe un consenso en la comunidad científica a la hora delimitar el diagnóstico de dichos trastornos, a lo que nos aventuramos a inferir de que la escasez de dicho trastorno en la población general y, por ende, forense, sea debida a la falta de prevalencia clínica de estos trastornos, favoreciendo las hipótesis de Hales y Yudofsky (2005) y Spitzer et al. (2006). En la misma línea argumental, la amnesia no es considerada válida como defensa legal en algunos países, por tanto la motivación de simular amnesia es menor (Grondahl, Vaerroy y Dahl, 2009), como podría ser el caso de España. En la mayor parte de las sentencias analizadas en el presente estudio, con presencia de amnesia disociativa, ésta aparece a posteriori, no teniendo carácter retroactivo y, por lo tanto, no considerándose una circunstancia modificativa de responsabilidad criminal; fenómeno similar a lo ocurrido con el Síndrome de Ganser, patología circunscrita a situaciones de confinamiento, cuyo diagnóstico suele tener repercusiones orientadas a la progresión de grado o a la capacidad procesal, soliendo aparecer tiempo después de la comisión del hecho delictivo, sin existir contingencia con el mismo.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que tanto el Trastorno disociativo no especificado, como el Trastorno de identidad disociativo, son los menos prevalentes en las sentencias analizadas, en contraposición a los estudios extranjeros realizados por Ross et al. (1990) y Bru et al. (2009). Pero, la etiqueta diagnóstica de “trastorno disociativo”, que es la más frecuente en nuestro análisis jurisprudencial, resulta parca en información, en cuanto a la especificidad que se requiere al hacer un diagnóstico, por parte de los profesionales, por la riqueza semiológica y concreta existente en los subgrupos disociativos. Se ha puesto de manifiesto, la amplia presencia de varones en la población forense analizada, acorde a los autores que apoyan la alta prevalencia

de estos trastornos en el sistema penal, en cuanto al abordaje del victimario (Spitzer y Freyberger, 2008). Para completar el perfil, se puede comprobar nuevamente que la mayoría de las víctimas mantienen lazos emocionales con estos o son conocidas (Evans, et al., 2009) y, encontramos una relación, aunque débil, con el consumo previo de sustancias y/o alcohol, especialmente con crímenes de tipo homicida (Burget y Whitehurst, 2007, Grondahl, et al., 2009), sin que exista una concreción de la relevancia de dicho consumo en la exarcebación o desestabilización de la sintomatología presentada. De igual modo, hemos encontrado en nuestro análisis, la presencia del constructo disociativo como síntoma asociado a patologías, como el Trastorno de estrés postraumático o los Trastornos de personalidad, coincidiendo con la literatura estudiada al respecto (Bru et al., 2008; Bennasar y Leal, et al., 2002; Hales y Yudofsky, 2005; Spitzer, et al., 2006). Debido a la coexistencia de dicha semiología disociativa con la restante inherente en los trastornos citados, es difícil precisar hasta que punto el componente disociativo correlaciona con la conducta delictiva y la merma de las capacidades del sujeto, ya que las sentencias sostienen una causalidad entendiéndose los trastornos citados (Trastornos de personalidad, Trastorno de estrés postraumático...) como un todo, sin llegar a especificar que componentes inciden en las facultades del sujeto y, por tanto, son susceptibles de ser circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. Respecto a la comorbilidad, tanto el Eje I como el Eje II, presentan el mayor número de patologías coexistentes, según las sentencias analizadas, donde la inteligencia borderline (40,00%) y, los trastornos afectivos y/o ansiosos (26,67%) son los más frecuentes, dentro del 25,86% de la muestra. Sin dejar de lado, la alta comorbilidad de los trastornos de personalidad que representan un 15,51% del total de patologías asociadas a los trastornos disociativos, especialmente los trastornos límite, obsesivo e histriónico. Como era previsible, hemos encontrado un alto porcentaje (38,35%) de delitos graves "Delitos de homicidio y sus formas", coincidiendo con los estudios que confirman la relación entre los trastornos disociativos y crímenes violentos, especialmente en asesinatos y homicidios (Grondahl, Vaerroy, Dahl, 2009; Lewis, Yeager, Swica, Pincus y Lewis, 1997; Perr, 1991, citados en Spitzer, Liss y Dudeck, et al., 2003). El eje central de la incursión del análisis psicopatológico, en materia legal, consiste no sólo en acreditar la presencia de dicha patología, sino que es necesario, corroborar la convergencia con la comisión delictiva. Para ello, es ineludible conocer el curso o dinámica de los trastornos, ya que la mayor parte del abordaje evaluativo-forense se realiza de forma retrospectiva. En nuestros resultados, se pone de relieve cómo en aquellas sentencias, donde el constructor disociativo aparece a posteriori de la comisión del suceso delictivo, o el tribunal valora que no existe correlación, queda conservada la responsabilidad plena del sujeto (13,72%). Además, existe una

acusada heterogeneidad entre la tipología delictiva, la delimitación conceptual clínica y la resolución judicial, sin poder establecer un patrón, pues la propia idiosincrasia de cada caso, matiza la resolución o fallo dirimente. No obstante, en el ámbito penal español, tras el análisis jurisprudencial de este estudio e independientemente de la tipología delictiva, la presencia disociativa es susceptible, en la mayoría de los casos, de constituir una circunstancia modificativa de responsabilidad criminal, en sus diferentes formas (Atenuante, 35,30%; Eximente completa, 23,53% y, Eximente incompleta, 23,53%).

Como aportación final, los especialistas del ámbito forense deberían tener en cuenta, la importancia de centrar su evaluación en el diagnóstico diferencial, ante la posible presencia de simulación en aras de realizar un diagnóstico, lo más ajustado posible, llegando a un consenso categorial en los dictámenes periciales de dichos trastornos, que facilite la comprensión interprofesional, evitando la heterogeneidad de etiquetas diagnósticas, al ser estos susceptibles de consecuencias penales de gran relevancia para los individuos, a pesar de ser una patología de escasa prevalencia. Por esta razón, consideramos necesario, la realización de nuevos estudios, tanto en el ámbito clínico como forense, que sirvan para refinar y delimitar el abordaje del fenómeno disociativos para: a) perfeccionar las pruebas psicodiagnósticas disponibles, b) realizar nuevos estudios clínicos que aporten luz a la escasez de literatura científica española, a cerca de la etiología y dinámica de los trastornos disociativos y, c) ampliar la información relacionada con la implicación judicial de dichos trastornos, con el objetivo de ilustrar a los diferentes actores jurídicos.

Referencias

- Acuña, L., Morano, M., Sánchez-Araña, T. (2013). Trastorno disociativo de trance y posesión en un caso de inmigración. *Psiquiatría.com*, 17, 11. [<http://hdl.handle.net/10401/6176>]
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Classification preface: table of Contents*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM 5*. American Psychiatric Publishing.
- Baillès, E., Pintor, L., Torres, X., Fernández-Egea, E., de Pablo J. Arroyo, S. (2004). Patología psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 2, 76-81.
- Bennasar, M., Leal, C., et.al. (2002). *Trastornos neuróticos*. Madrid: Ars Médica.

- Bourget, D., Whitehurst, L. (2007). Amnesia and crime. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 469–480.
- Bru, M. T., Santamaría, M., Coronas, R., Cobo, J. V. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 4, 200-204.
- Bru, M.T., Santamaría, M., Pousa, E., Puig, S., Santos, J.M., Coronas, R., Cobos, J.V. (2008). La personalidad en el trastorno disociativo. *Archivos de Psiquiatría*, 71, 1, 15-31.
- Burón, E., Jódar, I., Corominas, A. (2004). Despersonalización: del trastorno al síntoma. *Acta Española de Psiquiatría*, 32, 2, 107-117.
- Carrasco, J.J., Maza, J.M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense* (3ª edición). Madrid: La Ley actualidad.
- Chu J.A. , Dill D.L., (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 7, 887-892.
- De Rezende, L., Ramos, A., González, J. C. (2011). La fuga disociativa. A propósito de un caso y una breve revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 112, 725-731.
- Drob, S., Meehan, K. (2000). The diagnosis of ganser syndrome in the practice of forensic psychology. *American Journal of Forensic Psychology*, 18, 3, 37-62.
- Drob, S., Meehan, K., Waxman, S. (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *Journal American Academic of Psychiatry Law*, 37, 98–106.
- Evans, C., Mezey, G., Ehlers, A. (2009). Amnesia for violent crime among young offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 1, 85-106.
- Farrell, H. (2011). Dissociative identity disorder: Medicolegal challenges. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 402-406.
- Grøndahl, P., Værøy, H., Dahl, A. (2009). A study of amnesia in homicide cases and forensic psychiatric experts' examination of such claims. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 281-287.
- Hales, E., Yudofsky, S. (2005). *Fundamentos de psiquiatría clínica* (2ª edición). Barcelona: Masson.
- Irma, G., Timmerman, I., Emmelkamp, P. (2001). The Relationship between Traumatic Experiences, Dissociation, and Borderline Personality Pathology among Male Forensic Patients and Prisoners. *Journal of Personality Disorders*, 15, 2, 136-149.
- Jiménez- Gómez, B., Quintero, J. (2012). El síndrome de ganser: una revisión a propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 3, 161-164.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J.S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 2, 131-40.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 227-253.
- McSherry, B. (1998). Getting away with murder? Dissociative states and criminal responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 2, 163-176.

- Merckelbach, H., Devilly, G. J., Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder: Metaphors or genuine identities?. *Clinical Psychology Review*, 22, 481-497
- Merckelbach, H., Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 365-374.
- Moskowitz, A. (2004) Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 5, 1, 21-46.
- Muñoz, V., Beato, L., Rodríguez, T. (2011). Disociación y pronóstico en los trastornos de la conducta alimentaria, *Apuntes de ciencia*, 1, 4, 43-49
- Organización Mundial de la Salud (2004). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, D.L.
- Pérez, S., Galdón, M.J. (2003). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 8, 2, 85-108.
- Regier, D., Narrow, W., Kuhl, E., Kupfer, D. (2012). DSM 5. Evolución conceptual. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Salavert, J., Cunill, R., Catalán, A., García, M.A., Vila, M.A. (2004). Gravedad y asociación de la sintomatología disociativa en el trastorno límite de personalidad con el antecedente de abuso sexual y maltrato físico. *Informaciones Psiquiátricas*, 177.
- Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal Clinical Psychiatry*, 67, 10, 1583-1590.
- Sar, V., Akyuz, G., Kundakci, T., Kicittan, E., Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal Psychiatry*, 161, 12, 2271-2276.
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M. (2001) The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 7, 1027-1033
- Spanos, N. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 1, 143-165
- Spiegel, D. Trastornos disociativos (1996). Tratado de psiquiatría; en Hales, R.E., Yudofsky, S.C., Talbott, J.A., Barcelona: Editorial Ancora.
- Spiegel, D., Loewenstein, R., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., Dell, P. (2011) Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28, 17-45.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., Grabe, H. J. (2006). Avances recientes en la teoría de la disociación. *World Psychiatry (Edición España)*, 4, 2, 82-86.
- Spitzer, C., Freyberger, H. J. (2008). Geschlechtsunterschiede bei dissoziativen Störungen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 51, 46-52.
- Spitzer, C., Liss, H., Dudeck, M., Orlob, S., Gillner, M., Hamm, A., Freyberger, H. (2003) Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 281-288.

ANEXO: Resoluciones relevantes sobre los *trastornos disociativos* en la jurisdicción penal obtenidas en la base de datos Aranzadi Westlaw y CENDOJ desde 2000-2013, por orden cronológico y órgano

Órgano/sentencia/fecha	Tipo penal	Sexo	Relación con la víctima	Delimitación conceptual/clínica (trastorno o síntoma)	Comorbilidad	Psicopatología del delito	Disposiciones Código Penal	Resolución judicial
Tribunal Supremo (Sala de lo penal sección 1ª) 2 noviembre 2011. RJ/2012/1380	Dos delitos de sustracción de Avenamiento y dos de atentado	M	Cuidadora de la Abusiva y auxiliares de emergencias.	Trastorno de identidad disociativo o trastorno múltiple de personalidad (Antecedentes tratamiento por cuadro psicótico-disociativo de 1997-2007. Empeoramiento por abandono tratamiento y aparición TID)	NC	Afectación de las facultades mentales, careciendo de control sobre su otra personalidad.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Extinción de la extimante incompleta
Tribunal Supremo (Sala de lo penal sección 1ª) 2 junio 2010. RJ/2010/6175	Delito de Avenamiento	M	Agresor del violador de su hija	Estado crepuscular psicótico (Estado disociativo)	Antecedente de trastorno adaptativo -ansioso depresivo -mixto por situación estrés (violación de su hija)	Trastorno mental transitorio. No anula voluntad pero notable disminución de facultades de entendimiento y discernimiento del control de los impulsos.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP Art.68 CP	Extinción de la extimante incompleta
Tribunal Supremo (Sala de lo penal sección 1ª) 4 abril 2000. RJ/2000/3292	DCSP	M	NP	Trastorno histerio disociativo	Consumo de sustancias empíricamente	Afectación volitiva	Art.21.6 CP	Atenuante analógica
Audiencia Nacional Madrid (Sala de lo penal sección 1ª) 27 mayo 2008. SAN 5492/2008	DCSP	V	NP	Dependencia a la cocaína en unificación VIH estado CS. Síntomas: lipotirofía, síndrome neuropatológico, trastorno del sueño, deterioro cognitivo y cuadros disociativos (desequilibrio psicológico por tratamiento antineoplásico y consumo tóxicos)	Resaca Consumo de cocaína desde 2006 VIH	NC	Art. 21.2 CP	Atenuante muy cualificada de drogadicción
Audiencia Nacional Madrid (Sala de lo penal. Sección 1ª) 29 enero 2001. JUR/2001/175657	DCSP	V	NP	Trastorno disociativo (agradece a posterior) *	NC	No hay afectación en el momento del delito	NP	Sin concurrencia de circunstancias atenuantes
TSJ de Cataluña (Sala de lo Civil y de lo Penal, Sección 1ª) 29 abril 2010. ARP/2010/674	Delito de Avenamiento	M	Madre-hija	Trastorno depresivo-ansioso. Descompensación en forma de reacción de estrés emocional agudo, con comportamiento disociativo	NC	Límite de forma leve sus facultades.	Art. 21.6 CP Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Atenuante analógica por Trastorno transitorio breve
TSJ de Andalucía, Granada (Sala de lo Civil y de lo Penal. Sección 1ª) 30 septiembre 2010. JUR/2011/110631	Delito de Homicidio	V	Hijo de la mujer con la que mantuvo una relación sentimental.	Personalidad inmadura y amnesia disociativa (el secarase humillado, menospreciado y maltratado)	NC	Afectado levemente sus facultades volitivas y cognoscitivas.	Art.21.3 CP Art.21.4 CP Art.21.1 CP Art.20.4 CP	Desafirmar la atenuante analógica

Audiencia Provincial de Jaén. (Sección 2ª) 20 Julio 2000 JUR/2000/272924	Delito de atentado a la autoridad	V	Desconocida	Trastorno dissociativo	NC	Alteración severa de sus facultades cognitivas y volitivas	Art.21.1 CP	Eximente incompleta
Audiencia Provincial de Valencia. (Sección 3ª) 27 noviembre 2000 JUR/2001/144088	Delito de Lesiones Delito de Atentado a la autoridad	V	Desconocidos	Trastorno dissociativo por profunda alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno	NC	Disminución facultades intelectivas y volitivas	Art.20 CP	Eximente completa
Audiencia Provincial de Arla. 2 noviembre 2001 JUR/2002/40209	Delito de estafa	V	Conocido	Trastorno dissociativo	NC	Afectación parcial de las capacidades volitivas y cognitivas	Art.21.1 CP	Atenuantes simple de alteración mental
Audiencia Provincial de Salamanca. 13 noviembre 2001 JUR/2002/20434	Delito de homicidio	M	Madre del recluido nacido	Trastorno de identidad dissociativo. TEPT que dio lugar a una amnesia dissociativa y fragmentación de la identidad.	NC	Capacidades parcialmente afectadas	Art.20.2 CP Art.21.1 CP	Atenuante de enajenación mental incompleta
Audiencia provincial de Sevilla (Sección 1ª) 23 Enero 2002 SAP SE 280/2002	Delito de estafa	V	Desconocida	Trastorno dissociativo	Personalidad límite	No hay afectación	NP	Responsabilidad plena
Audiencia provincial de Zaragoza (Sección 1ª) 5 julio 2002 JUR/2002/213759	Amenazo en grado de reiterativa	M	Madre-hija	Trastorno de personalidad	Trastorno dissociativo transitorio y repentino	Afectación de las capacidades volitivas.	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	Atenuante.
Audiencia Provincial de Lugo (Sección 2ª) 30 noviembre 2002 JUR/2001/63751	Delito contra la seguridad del tráfico	M	NP	Trastorno dissociativo	Consumo de alcohol	Afectación parcial de las capacidades	Art.21.1 CP	Atenuante
Audiencia Provincial Castellón (Sección 2ª) 25 junio 2003 SAP CS 508/2003	DCSP	M	NP	TEPT y episodios con reacciones anómalas de tipo depresivo y dissociativo	Trastorno mixto de la personalidad.	Afectación volitiva	Art.21.1 CP	Eximente Incompleta
Audiencia Provincial de Almería (Sección 2ª) 20 Enero 2004 SAP AL 234/2004	DCSP	M	NP	Trastorno dissociativo	Retraso mental tipo border-line, trastorno mixto de la personalidad, que es a la vez histriónico y de inestabilidad emocional	Necesita alteración de las facultades	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	Atenuante
Audiencia Provincial de Alicante (Sección 1ª) 24 marzo 2004 JUR/2009/23816	Delito de desórdenes públicos	M	NP	Trastorno esquizoide la personalidad. Episodio de despersonalización	NC	No supone una menor para sus capacidades conscritivas pero sí afecta a las volitivas	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	Eximente incompleta de enajenación mental.
Audiencia Provincial de Navarra (Sección 2ª) 21 octubre 2004 JUR/2007/291674	Delito de amenazas condicional	M	NP	Amnesia dissociativa	Trastorno de la personalidad mixta	Alteración de las facultades mentales	Art.20.2 CP Art.21.1 CP	Atenuante de la responsabilidad criminal.

Audiencia provincial Sevilla (Sección 1ª) 21 de abril 2005 SAP SE 1392/2005	Delito de Furtivo	M	Desconocida	Trastorno disociativo	NC	Afectación capacidad cognitiva y volitiva	Art.20.1 CP	Eximente completa
Audiencia Provincial de Córdoba (Sección 2ª) 16 mayo 2005 JUR/2005/143133	Delito de estafa y falsedad documental	M	NP	Histeria disociativa	NC	No específica	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	Atenuante simple
Audiencia Provincial de Tarragona (Sección 3ª) 30 junio 2005 SAP T 1790/2005	Delito de homicidio en grado de tentativa	V	Pareja sentimental	Trastorno de estrés agudo. Histeria con amnesia patológica.	NC	Afectación cognitiva y volitiva	Art. 20.1 CP	Eximente completa
Audiencia provincial Posenveña (Sección 1ª) 28 julio 2005 SAP PO 2591/2005	Delito de agresión sexual	V	Desconocida	Síndrome de Ganser (aparece a posteriori)**	Rango esquizotípico. Retraso mental leve	No hay afectación.	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	No hay circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.
Audiencia Provincial de Toledo (Sección 1ª) 22 febrero 2006 JUR/2006/99236	Delito de falsedad de documento mercantil y delito de estafa.	V	Desconocida	Trastorno disociativo	NC	Disminución de ambas facultades	Art.21.6 CP Art.21.5 CP Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Atenuante analógica
Audiencia Provincial Jaen (Sección 2ª) 30 marzo 2006 AAP J 141/2006	Piso de 2º grado a 3º grado penitenciario	V	NP	Síndrome de Ganser	Trastorno adaptativo mixto	NC	Art.104-4 RP	Concesión del 3º Grado.
Audiencia Provincial de Córdoba (Sección 2ª) 5 abril 2006 APZ 2006/526	Delito de asuero	V	Desconocida	Amnesia disociativa	NC	No hay afectación***	Art.20.1 CP Art.22.2 CP Art.21.3 CP	Plenamente responsable.
Audiencia Provincial Barcelona (Sección 6ª) 5 mayo 2006 SAP B 4302/2006	Delito de incendio	V	NP	Reacción de estrés emocional agudo. Estupor disociativo.	NC	No hay afectación	Art.21.3 CP	No se aplica ningún tipo de eximente de responsabilidad criminal.
Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección 2ª) 25 mayo 2006 JUR/2007/97156	Delitos contra el patrimonio y contra el orden socio-económico.	M	NP	Amnesia disociativa	Trastorno ansioso-depresivo	Importante modificación en sus capacidades intelectivas y volitivas	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	Eximente incompleta
Audiencia Provincial de Huelva (Sección 1ª) 14 julio 2006 JUR/2007/1174	Delito de amenazas	M	Máximo	Trastorno de personalidad histriónico	Trastorno disociativo	NC	Art.544 LECrim.	Responsabilidad plena. Medidas cautelares.
Audiencia Provincial de Navarra (Sección 1ª) 27 diciembre 2006 JUR/2007/141607	Delito de asuero en grado de tentativa	V	Relación de pareja	Rango de personalidad neurótica que tienden a desembocar en trastornos Disociativos (fugas disociativas), y síntomas psicóticos no orgánicos (alucinaciones visuales; y auditivas complejas)	Retraso mental leve	Sensible disminución de sus facultades	Art.20.2 CP Art.21.1 CP	Eximente incompleta

Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 4ª) 12 junio 2007 JUR.2008/17525	M	M	Delito de Robo con fuerza, Delito de Furo y Delito de Estafa.	Tratamiento de ansiedad por estrés posttraumático acompañado de crisis dissociativas.	NC	Inteligencia baja Ansiedad y depresión	Laminaba el control de sus impulsos, con un leve de su facultad de autocontrolación. (Los episodios dissociativos limitan el control de impulsos)	Art.21.6 CP	Se estima y aprueba la atenuante atenuante por anomalía psíquica.
Audiencia Provincial de Madrid (Sección 1ª) 2 julio 2007 delito de lesiones legítimas, delito de robo con violencia, delito de asesinato y delito de asesinato en grado de tentativa	M	M	Cuidadora	Tratamiento dissociativo (diagnósticos diferenciados en el juicio: amnesia, trastorno dissociativo con crisis recordadas) ¹⁰⁰⁴	Inteligencia baja Ansiedad y depresión	No se demuestra la atención de las capacidades durante los hechos.	NP	Plenamente imputable.	
Audiencia Provincial de Las Palmas (Sección 2ª) 5 octubre 2007 JUR.2007/352889	V	V	Esposa, hijo y suegra	Episodio psicótico o dissociativo (Se recupera de un episodio dissociativo producido el día anterior, dado de alta por el Hospital)	NC	Anulación de las facultades cognitivas y volitivas en el momento de los hechos	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Eximan la concurrencia de Eximente incompleta. Abolición de los delitos. Inerentemente en centro psiquiátrico penitenciario	
Audiencia Provincial de Navarra (Sección 1ª) 10 octubre 2007 JUR.2008/ 86211	V	NP	NP	Histeria de disociación con expresión somática en sus conflictos emocionales (Trastorno dissociativo desde 2004)	Exigencia de personalidad con tendencia a manifestar un cuadro de confusión psicógena.	Sus capacidades intelectivas y volitivas no están completamente amputadas.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Eximente incompleta. Involucra del acusado.	
Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección 6ª) 19 noviembre 2007 JUR.2008/4471	V	V	Desconocido	Cuadro forma maniaca de psicosis. Trastorno dissociativo no especificado (Alteraciones de conciencia, identidad, percepción del entorno, de personalización, desrealización)	NC	Capacidad menoscabada de comprender y memorar su capacidad de actuar.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Eximente incompleta de alteración psíquica.	
Audiencia Provincial de Valladolid (Sección 4ª) 22 enero 2008 JUR.2008/98655	V	V	Funcionamiento del Centro Penitenciario de Valladolid	Trastorno dissociativo	Psicosis carcelaria e inteligencia límite Falta de cumplimiento del tratamiento.	Carencia de las facultades para comprender la índole de su proceder y actuar conforme a esa comprensión	Art.96.2.1ª en relación con el Art.101 CP	Exime el recurso de supresión de la medida de seguridad de internamiento en un centro psiquiátrico Mantiene eximente completa.	
Audiencia Provincial de Madrid (Sección 2ª) 27 marzo 2008 JUR.2008/163224	V	V	Esposa del acusado	Trastorno psicótico no especificado. Trastorno mixto de personalidad. (Diagnósticos diferenciales: Esquizofrenia paranoide, afectaciones variadas, Trastorno psicótico agudizado)	NC	Grave alteración de la capacidad volitiva pero no de la cognoscitiva	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Eximente incompleta de alteración psíquica.	
Audiencia Provincial de Jaén (Sección 3ª) 18 diciembre 2009 JUR.2010/186962	V	V	Esposa del acusado	Síndrome de despersonalización	Trastorno por depresión	Afectaba parcialmente sus capacidades volitivas e intelectiva de forma considerable	Art.20.1 CP Art.21.1 CP	Atenuante cualificada	

Audiencia Provincial de Alicante (Sección 1ª) 20 febrero 2009 JUR/2009/254452	Delito de homicidio en grado de tentativa y lesiones menores	V	Empleados de un bar	Trastorno disociativo agudo	NC		Ampliación de las facultades cognitivas y volitivas	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Abolición de delito homicidio en grado de tentativa y lesiones. Reponsabilidad plena del delito de conducción temeraria.
Audiencia Provincial de Cádiz (Sección 3ª) 8 abril 2009 JUR/2009/354475	Falta de injurias de carácter leve	M	Vécula	Crisis disociativa (falta de recuerdo de lo ocurrido)	Antecedentes psiquiátricos de años de evolución de episodios disociativos ingresos en salud mental.	NC	Acredita enfermedad mental. Ampliación de las facultades	Art.20.1CP	Abolición. Evidente completa
Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 4ª) 23 septiembre 2009 JUR/2011/221414	Dos delitos Lesiones, delito de amenazas y delito de vejaciones (Delitos contra la libertad)	V	Esposa del acusado	Trastorno depresivo grave y trastorno disociativo	NC		Privación de la capacidad de dominar sus actos.	Art.20.1 CP Art.96.3 CP	Se desestima recurso y se mantiene sentencia previa. Abolición por concurrencia de evidente por trastorno mental. Medida de internamiento en centro psiquiátrico
Audiencia Provincial de Salamanca. Tribunal Jurado. (Sección 1ª) 23 noviembre 2009 SAP SA. 669/2009	Delito de homicidio	V	Compañero de celda Centro Penitenciario de Topas	Trastorno disociativo crónico	NC		<i>Bare biopsico/psico-diciotario</i> que ha anulado de manera grave y total las facultades cognitivas y volitivas.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP Art. 95 y 96 CP	Abolición del acusado. Evidente completa de alteración psíquica. Medida de internamiento en psiquiátrico-penitenciario.
Audiencia Provincial de Alicante (Sección 2ª) 19 octubre 2010 ARP/128/2011	Delito de asesinato	V	Un conocido de la familia	Trastorno disociativo "acto psicótico (...) brote psicótico de tipo asociativo"	NC		Anulación total de las facultades intelectivas y volitivas. Peligrosidad a riesgo de repetirse estas conductas en el futuro.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Evidente completa de anomalía o alteración psíquica. Medida de internamiento en el hospital psiquiátrico penitenciario por 15 años.
Audiencia Provincial de Tarragona (Sección 2ª) 17 enero 2011 JUR/2011/148301	Delito de homicidio	V	Madre	Trastorno histriónico de la personalidad grave con aparición de cuadros disociativos, somatizadores; y ansioso-depresivos	NC		La parolista atribuye parcialmente las funciones cognoscitivas y especialmente las volitivas	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Evidente incompleta de alteración psíquica. Medida de seguridad de internamiento.
Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 4ª) 1 febrero 2011 JUR/2011/232370	Delito de quebrantamiento de condena, delito de resistencia a los agentes de la autoridad. Falta de injurias leves y falta de daños.	V	Relación de afectividad de analogía a la cónyug.	Cuadro de despersonalización, con trastorno de conciencia, trastorno de la conducta, alucinaciones (visuales y auditivas) y delirios paranoides. Cuadros convulsivos coincidentes: a epilepsia cortical.	Policosummo sustancias tóxicas previo de pastillas y alcohol. Dependencia de 9 años de evolución. Agitación psicomotoriz y agresividad con autolesis graves		No especifica.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Se estima la aplicación de Evidente de enajenación mental transitoria. Tratamiento externo en centro médico ambulatorio
Audiencia Provincial de Sevilla (Sección 4ª) 22 junio 2011 ARP/2011/1140	Delito de homicidio	V	Duero del local de consumo habitual.	Consumos excesivos y habituales de alcohol	Cuadro depresivo con episodios disociativos.		Facultades volitivas y de control de impulsos disminuidas por el alcohol	Art.21.2 CP	Atenuante analógica por embriaguez

Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 7ª) 6 julio 2011 SAP B 10093/2011	Delito de asesinato en grado de remanera. Falta de amenazas	V	V	Relación de amistad	Trastorno disociativo (flashbacks de memoria y recuerdos fragmentados)	Trastorno depresivo y rasgos de personalidad obsesivo	Afecto a las facultades para conocer lo ilícito de su conducta y las de control de su propia voluntad	Art.21.3 CP	Atenuante muy calificada
Audiencia Provincial de Tarragona (Sección 2ª) 14 marzo 2012 JUR.2012/150083	DCSP	V	NP		Trastorno de ansiedad generalizada con despersonalización y desrealización	NC	Conservación de las facultades intelectivas pero alteración significativa de las volitivas.	Art.21.1 CP Art.20.1 CP	Atenuante analógica de alteración psíquica.
Audiencia Provincial de Toledo (Sección 2ª) 22 octubre 2012 JUR.2012/399345	Ocho delitos de asesinato y delito de depósito de armas de guerra	V	V	Desconocido	Trastorno psicótico inducido por intoxicación (Pírcosis tóxica; alucinaciones y episodios delirantes) con sintomatología: amnesias totales o parciales; como episodios disociativos (estrechamiento de conciencia y actuar sin recordar lo que ha hecho posteriormente)	Poliiconomanía previa de cannabis y alcohol con cuadro de dependencia a la cocaína de larga duración. controla sus actos con suficiente inmensidad	Afectación de sus facultades cognitivas y de su capacidad de libre albedrío para controlar sus actos con suficiente inmensidad	NC	Eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica e inmensidad en centro psiquiátrico
Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 6ª) 16 enero 2013 JUR.2013/116119	Delito de quebrantamiento de condena y delito de incendio por imprudencia	V	V	Hijo del acusado y personas con quien convive en el inmueble	Trastorno límite de personalidad. Dificultad con sintomatología depresiva e intentos autolíticos. Trastorno mental: debido a enfermedad médica, trastorno del control de los impulsos; y trastornos disociativos.	Consumo perjudicial de cannabis y benzodiazepinas.	No específica	NC	Atenuante analógica de enajenación mental
Audiencia Provincial de Lugo (Sección 2ª) 17 enero 2013 JUR.2013/54628	Delitos contra la libertad sexual en remanera	V	V	Compañera del bar	Trastorno esquizofrénico de tipo desorganizado. Estado embriaguez	Trastorno disociativo y retraso mental leve	No alteración de las facultades mentales y disminución de las volitivas.	No específica	Se confirma la sentencia anterior. Plenamente responsable de agresión sexual con atenuante por estado de embriaguez.
Audiencia Provincial de Las Palmas. 9 julio 2013 JUR.2013/318410	Delito de Asesinato (Homicidio compasivo)	M	M	Hijo neonato	Rasgos de personalidad obsesivos le produjeron un estado disociativo.	Depresión relacionada problemas de salud de un primer hijo. Aborto previo y Depresión postparto. Ideación delirante sobre la salud de su hijo neonato con sentimientos de culpa y alteración de la realidad.	Anulación de las facultades mentales, capacidades cognitivas y volitivas	Art.21.1 CP Art.20.1 CP Art.96 CP	Eximente completa de alteración psíquica. Medida de seguridad

Leyenda: V: varón; M: mujer; NC: No consta; NP: No procede; TD: Trastorno de identidad Disociativo; DCSP: delito contra la salud pública; TEPT: Trastorno por Estrés Posttraumático; Art.: artículo; CP: Código Penal; RP: Reglamento Penitenciario;