

## **REPERCUSIONES FORENSES DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA**

Ainhoa Mayoral Jaramillo<sup>1</sup>

Laura Peña Sánchez

Agatha Lloveras Delgado

Alicia Collado Sánchez

Diana Sánchez Ramón

*Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense*  
*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

El presente artículo analiza la relación entre los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (atendiendo a la nomenclatura diagnóstica vigente, DSM-5) y el abordaje psicojurídico de los mismos. Se exponen las principales características diagnósticas, datos epidemiológicos y etiológicos, y posibilidades de evaluación y tratamiento de los trastornos. Posteriormente, se analizan sus repercusiones forenses mediante el análisis de literatura especializada y del contenido de sentencias dictadas por los tribunales españoles. Dentro de la Jurisdicción Penal, se obtuvo un mayor número de sentencias de sujetos victimarios, y los delitos principalmente violentos, contra las personas y transgresión de las normas sociales. Generalmente se consideró a estos individuos imputables, sin afectación de sus capacidades cognitivas o volitivas. Sólo se ha contemplado inimputabilidad en sujetos diagnosticados de cleptomanía. En la Jurisdicción Civil, las sentencias pertenecen principalmente al Derecho de Familia y una mínima parte a Incapacitaciones. Estas últimas, generalmente se han resuelto en incapacidad parcial. En la Jurisdicción Social, los sujetos presentan comorbilidad con otras patologías y han sido resueltas mayormente como incapacitación permanente total y gran invalidez.

**PALABRAS CLAVE:** *disruptivos, impulsos, jurisprudencia, repercusiones forenses.*

### **Abstract**

This article analyzes the relationship between Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders, and Forensic Psychology. The diagnostic characteristics, epidemiological and etiological data, and also assessment and treatment possibilities are reviewed. Subsequently, the legal and forensic consequences are analyzed by means of the analysis of the specialized literature and of the content of the sentences handed down by Spanish courts. Attending to Penal Jurisdiction, a higher number of sentences was obtained when subjects with the actual disorder were the victimizer committing mainly violent offences. In almost all cases the judges consider their imputability to do not be diminished. Only in Kleptomania diagnosis, the judges have considered the imputability to be totally diminished. In the Civil Jurisdiction, most of the sentences attended to family law and a small portion of them attended to incapacitations (total incapacitation above all). Finally, attending to the Social Jurisdiction, in all the sentences the subjects presented comorbidity with other pathologies and most of them have been considered as total permanent disability.

**KEY WORDS:** *disruptive, impulse, jurisprudence, forensic implications.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Ainhoa Mayoral Jaramillo.  
*Correo electrónico:* [ainhoamayoral@hotmail.com](mailto:ainhoamayoral@hotmail.com)  
*Fecha de recepción del artículo:* 1-7-2016  
*Fecha de aceptación del artículo:* 3-9-2016

## Introducción

El objetivo del presente trabajo es aportar una visión general de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, y realizar una aproximación a sus repercusiones forenses dentro del contexto jurídico español.

El DSM-5 (APA, 2013) presenta una sección nueva que engloba los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta que incluye: el trastorno negativista desafiante (en adelante TND), el trastorno explosivo intermitente (en adelante TEI), el trastorno de conducta de inicio infantil o adolescente (en adelante TC), el trastorno antisocial de la personalidad (en adelante TAP), el trastorno del control de impulsos no especificado, la piromanía y la cleptomanía (Esbec, 2015). Se ha decidido excluir el TAP debido a su especial vinculación con la personalidad, lo cual hace que difiera en algunos aspectos con el resto de trastornos que componen esta categoría diagnóstica.

En el presente artículo se analizan un total de 94 sentencias dictadas por los tribunales españoles, obtenidas de las bases de datos *Aranzadi* y *Cendoj*, con el objetivo de realizar una aproximación a las repercusiones forenses de dichos trastornos en el sistema jurídico español (Jurisdicción Penal, Civil y Social).

### Abordaje clínico y forense de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

#### *Trastorno Negativista Desafiante*

El TND se caracteriza por un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia los padres y otras figuras de autoridad (Vásquez *et al.* 2010). Las tasas de prevalencia en la población general se han situado entre el 2-16% (APA, 2013), especialmente en varones sobre mujeres. Su edad normal de aparición son los 8-12 años, aunque puede iniciarse incluso a los 3 años, siendo más frecuente en menores con mayor deterioro funcional y malestar (Trepát de Ancos, 2014).

Parece ser más frecuente en familias donde, al menos, uno de los progenitores cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias; así como en las que existen conflictos conyugales graves o con un estado socioeconómico bajo (Vásquez *et al.* 2010).

Como el resto de trastornos de conducta, probablemente su etiología sea multicausal. Según el enfoque biológico, el TND está vinculado con factores hereditarios, relacionados con problemas neurológicos y neuropsicológicos (Pinel, 2007). Sin embargo, la Teoría del Desarrollo expone que los problemas se inician durante los primeros años de vida del individuo: los niños presentan dificultades para separarse de su figura de apego primaria, generando conflictos para resolver su independencia apropiadamente y, por consiguiente, se desarrolla la conducta negativista al entrar en la adolescencia. Por último, el enfoque del aprendizaje sugiere que las características del TND se desarrollan en familias donde los padres o figuras de autoridad emplean técnicas rígidas, existen falta de comunicación y refuerzos negativos que fomentan que el adolescente adopte una actitud negativista cuyo objetivo principal sería el de obtener atención, comunicación, preocupación o interacción (Vásquez *et al.* 2010).

Respecto a su comorbilidad, el TND se presenta asiduamente con el trastorno de déficit de atención, trastorno de conducta en la adolescencia, y probabilidad de desarrollar un trastorno antisocial de personalidad en la edad adulta. Además, se ha encontrado cierta comorbilidad con trastornos de

ansiedad o del estado de ánimo, trastornos psicóticos y trastornos de consumo de sustancias (Green y cols., 2002).

Los instrumentos más utilizados para evaluar el TND: Entrevista Diagnóstica DISC (Diagnosis Interview Schedule for Children, Reich, 2000a), Lista de Verificación de la Conducta (CBCL), Youth Self-Report (YSR), Sistema de Evaluación Conductual (Behavior Assessment System for Children, BASC-2), y la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes - EDNA IV (Reich, 2000b). El tratamiento fundamental del TND es la psicoterapia individual, familiar y grupal. Se suele emplear el enfoque cognitivo-conductual. Los psicofármacos no se consideran eficaces, pero sí se usan cuando el TND coexiste con otros trastornos como TDAH, TC, ansiedad y/o depresión (Vásquez *et al.*, 2010).

### *Repercusiones forenses*

En el espectro de conductas del TND no suelen encontrarse violaciones de leyes ni de los derechos básicos de los demás (Vásquez *et al.*, 2010). Sin embargo, cuando es comórbido con el TDAH, trastorno de conducta o consumo de drogas, pueden cometerse delitos tales como robo con intimidación y/o con violencia, maltrato o falta de lesiones. Respecto al riesgo de reincidencia y la peligrosidad en victimarios con TND, la literatura científica afirma que, en general, éste no correlaciona positivamente con la peligrosidad o reincidencia (Boduszek, Belsher, Dhingra y Ioannou, 2014).

Se ha encontrado que aquellos niños con TND y baja autoestima son más propensos a ser víctimas, mientras que, por ejemplo, aquellos con TC y baja autoestima son más propensos a ser victimarios (Kokkinos y Panayiotou, 2004).

### *Trastorno Explosivo Intermitente*

Según el DSM-5, el TEI se caracteriza por un patrón aleatorio de reactividad conductual agresiva y desproporcionada sin un motivo ni objeto concreto, ocasionando alteraciones o perjuicios graves en el entorno físico y social y en el propio individuo (APA, 2013).

En población clínica, la prevalencia estimada del TEI es del 6%, en atención ambulatoria del 13%, y del 7% en hospitalización (Palacio y Zapata, 2016). Se ha demostrado que es más frecuente entre los varones. Este tipo de conductas prevalece en las áreas urbanas, y en sujetos con nivel inferior de educación, lo que supone además la influencia del medio.

El TEI puede presentar comorbilidad con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro autista. En menor medida, también se encuentra comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad, retraso mental, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, y episodios maníacos (APA, 2013).

El presente trastorno no tiene una causa única, y suele ser originado por la combinación de factores genéticos y ambientales. Los factores biológicos predisponentes pueden ser traumatismos perinatales, déficit serotoninérgico, crisis convulsivas infantiles, traumatismos craneales y encefalitis. Otros factores externos pueden ser el consumo de alcohol y drogas, el aprendizaje por imitación de conductas agresivas, factores socioeconómicos precarios, marginalidad, privación de libertad, sentimiento de injusticia social, hacinamiento o maltrato en la infancia. (Palacio y Zapata, 2016). El TEI tiene su inicio en la adolescencia, entre los 14 y los 18 años. Normalmente sigue un curso crónico.

Los principales instrumentos de evaluación que se utilizan en el diagnóstico del TEI son, en primer lugar, las entrevistas semiestructuradas. También se utilizan medidas de autoinforme, como cuestionarios de personalidad (*EPQ-R*, *16Pf5*, *NEO-PI-R*, *CPS*, *MPQ*, *ZKPQ*, *TPQ-R*), cuestionarios clínicos (*MMPI*, *PAI*, *SCL-90-R*), y cuestionarios específicos sobre agresión (*BDAQ*, *AQ*). Por último, se puede complementar con observación en contextos naturales.

Hay pocos estudios sobre tratamientos disponibles y la mayoría son estudios de casos (Opdyke

y Rothbaum, 2003). La terapia conductual, junto con el entrenamiento en las habilidades sociales, el tratamiento de tipo cognitivo conductual centrado en el control de la ira, la terapia grupal y la terapia familiar, han sido de utilidad para controlar las conductas agresivas (Palacio y Zapata, 2016).

#### *Repercusiones forenses*

Existe la posibilidad de encuadrarlo dentro de la eximente de enajenación mental (EM), aunque no entra en precisiones médico psíquicas o biológicas, debiendo ser probada como tal y no deducida de los hechos realizados. Así, tanto la atenuante analógica (art. 21 C.P.) como la eximente incompleta (art. 21.1 C.P.) son las apreciaciones más probables que se toman ante el TEI.

#### *Trastorno de conducta*

El trastorno de conducta (TC) es una categoría médico-psiquiátrica que se caracteriza por una transgresión de las normas y derechos de los demás. Los rangos en los reportes de la prevalencia del TC van desde el 1% al 10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes, y hasta el 28% en muestras clínicas (De la Peña, 2003). Los TC constituyen uno de los trastornos más frecuentes observados en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, y los de más difícil tratamiento (De Dios, 2002).

Tanto la O.M.S. como la A.P.A. coinciden en que en los varones de edad inferior a 18 años, las tasas oscilan entre el 6% y el 16%; en las mujeres, las tasas se mueven entre el 2% y el 9%. Según la APA (1995), la prevalencia parece haberse incrementado sensiblemente en las últimas décadas, situándose entre el 6-18% en chicos y entre el 2-9% en las chicas (Jodra, Navarro, Tortosa, Helliz y Laosa, 2014).

Los factores de riesgo asociados al desarrollo del TC pueden estar relacionados con: *a)* el temperamento infantil; *b)* factores parentales (presencia de psicopatología en los padres, de conductas criminales y de una inadecuada relación paterno-filial); *c)* factores familiares (se ha observado más en niños de familias muy numerosas o poco cohesionadas); *d)* factor socioeconómico (bajo nivel); *e)* factores comunitarios (comunidades con elevada criminalidad); *f)* factores escolares (métodos punitivos de enseñanza); *g)* factores biológicos (partos traumáticos y traumatismos cráneo encefálicos); *h)* factores neuroendocrinos (menor nivel del ácido 5-hidroxiindolacético y mayores niveles de testosterona, también bajos niveles de actividad noradrenérgica); *i)* abuso y negligencia (abuso físico, sexual o psicológico, o negligencia de cuidadores).

Probablemente, una de las correlaciones clínicas más importantes con el TC sea el consumo de alcohol o drogas (De la Peña, 2003). La comorbilidad con otros trastornos es alta, entre el 29% y el 71% de los mismos (TC, TDAH y TND), tienen al menos uno de los otros dos diagnósticos, tanto en muestras epidemiológicas como en clínicas (Vásquez *et al.*, 2010). La evaluación de la sintomatología del TC puede realizarse mediante entrevista semiestructurada para adolescentes y la Entrevista *Semiestructurada Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia PL* (K-SADS-PL). Asimismo, se han utilizado escalas como el *Child Behavior Check List* (CBCL) y el Cuestionario de Conducta para Padres, Niños y Adolescentes de Connors (De la Peña, 2003; Fariz, Moura de y Mías, 2002).

#### *Repercusiones forenses*

Tres categorías diagnósticas infantiles han sido comúnmente asociadas con el potencial criminológico: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante (Savolainen *et al.*, 2014). Como afirma Peña (2003), el TC ha estado vinculado de forma estrecha con la violencia, ya que aproximadamente el 80% de los jóvenes detenidos por infracciones o delitos violentos presentan este trastorno.

### *Cleptomanía*

La cleptomanía se define, según el DSM-5, como un trastorno del control de los impulsos caracterizado por un continuo robo de objetos no necesarios para uso personal o por su valor intrínseco, con tensión emocional antes de la comisión del robo, seguida de placer, gratificación o alivio después de ser cometido (APA, 2013).

No existe acuerdo en lo que respecta a su prevalencia, ya que es un trastorno de rara aparición: se presenta en menos del 5% de los ladrones de tiendas identificados, y se desconoce la prevalencia en la población general. No obstante, otros autores señalan un rango de prevalencia que se sitúa entre el 0,1% y el 2,6% (Navarro y Cárdenas, 2003). Entre otras razones, el hecho de que la cleptomanía sea un trastorno tan poco diagnosticado puede estar relacionado con la vergüenza que los síntomas provocan en los sujetos, así como la falta de familiaridad de los clínicos con esta enfermedad (Navarro y Cárdenas 2003).

Por último, según Navarro y Cárdenas (2003), la cleptomanía es más frecuente en mujeres y parece que representa una mínima parte de los robos cometidos (las tasas oscilan en las muestras entre un 0% y un 8%) y tiende a decrecer con la edad.

Los factores de riesgo asociados consisten en tener un historial de antecedentes familiares, pertenecer al género femenino, comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, traumatismo craneal o lesiones cerebrales (Grant, Suck y Grosz, 2003).

En la mayoría de los casos se inician al principio de la edad adulta o final de la adolescencia, y cursan en episodios de forma crónica. No existen estudios biológicos específicos en cleptomanía, aunque la línea de investigación sugiere el estudio de la serotonina, como en otros trastornos impulsivos. La cleptomanía suele aparecer asociada a otros trastornos psiquiátricos. Así, según un estudio con una muestra de 20 cleptómanas, todos los sujetos habían presentado diagnóstico de trastorno del humor a lo largo de su vida, el 80% trastornos de ansiedad (45% trastorno obsesivo compulsivo, 40% trastorno de angustia y 40% fobia social), el 60% trastorno de la alimentación, el 50% consumo de sustancias y el 40% otros trastornos del control de impulsos (Saiz y Saiz, 2009).

Por último, la conducta cleptomaniaca podría tener una función antidepresiva, de ahí su comorbilidad o asociación con otros trastornos como: las compras compulsivas y los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria (particularmente la bulimia nerviosa), los trastornos de la personalidad, y otros trastornos del control de los impulsos (Navarro y Cárdenas, 2003).

Los instrumentos de evaluación principales en el diagnóstico de la cleptomanía son: las entrevistas semiestructuradas, los cuestionarios de personalidad (16PF5, NEO-PI-R, CPS, EPQ-R), y los cuestionarios clínicos (MMPI, PAI, SCL-90-R). Para la valoración específica de la impulsividad se utilizan la Evaluación Multidimensional de la Conducta o EMC y el Sistema Multidimensional para la Evaluación de la Conducta o BASC. (Puerta, 2004).

El tratamiento contempla la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia con antidepresivos y eutimizantes. La utilización de técnicas conductuales puede ser de utilidad en el tratamiento de la cleptomanía, incluyendo desensibilización sistemática, sensibilización encubierta o entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de exposición, entre otras. Aunque no se han publicado estudios controlados, existen estudios de casos únicos que sugieren que los antidepresivos podrían ser eficaces en el tratamiento de esta enfermedad (Navarro y Cárdenas 2003).

### *Repercusiones forenses*

Grant, et al. (2003) establecen que las personas con cleptomanía pueden sufrir por el dolor emocional, la culpa y la humillación ocasionada por los arrestos reincidentes y/o descubrimientos del robo por otros. Además del deterioro emocional, la cleptomanía repercute gravemente en el sistema

económico y legal (alto nivel de arrestos y apasionamientos). Se cree que aproximadamente un 64-87% de las personas con cleptomanía han sido arrestadas en algún momento, y un 15-23% de las personas que han buscado ayuda por la cleptomanía han pasado tiempo en la cárcel como producto de robos en tiendas comerciales (Grant, Odlaug, Davis y Kim, 2009).

### *Piromanía*

Según el DSM-5, la piromanía se caracteriza por el impulso de provocar incendios deliberadamente, existiendo una fascinación por el fuego y una tensión previa y alivio posterior. No existe un trasfondo delirante o alucinatorio, no hay intención de obtener ningún beneficio material o ideológico, ni tampoco se fundamenta en la expresión de ira, rabia o venganza (APA, 2013).

Las características que definen a los individuos pirómanos se resumen en la provocación de incendios repetidos sin ganancia aparente, la existencia de un enorme interés por el fuego y sus consecuencias, y la experimentación de gran tensión antes de provocar el fuego y gratificación tras haberlo hecho (Saiz y Saiz, 2009).

En cuanto a su prevalencia, Yarnell y Lewis (1951) llevaron a cabo un estudio con 195.112 conductas incendiarias y estimaron que un 60% de la muestra presentaba conductas pirómanas en el sentido amplio del término, pero sólo un 4% cumpliría criterios para el diagnóstico del trastorno.

La prevalencia global de la piromanía en la población adulta es desconocida. Los desencadenantes comunes de piromanía suelen ser el estrés, el aburrimiento, sentimientos de inadecuación y el conflicto interpersonal (Lindberg, Holi, Tani, *et al.*, 2005).

Actualmente, según Esbec (2016), de las personas que están implicadas en un incendio, sólo aproximadamente un 3% son pirómanos, teniendo afectadas sus facultades entre un grado leve a moderado. Se estima que en realidad sólo se podrían clasificar de pirómanos, o mejor, de incendiarios con “tendencias o conductas piromaniacas”, a un 5% (Vélez, 2003; citado en Plaza, 2016).

En cuanto a la etiología, en la piromanía no existen estudios detallados. Hay investigaciones familiares que sugieren antecedentes de alcoholismo en la familia y, desde el plano biológico, alteraciones de la serotonina o disfunción frontal. Otras investigaciones indican la existencia de una posible relación entre las bajas concentraciones de monoaminas en el LCR, la hipoglucemia reactiva y la impulsividad (Saiz y Saiz, 2009).

Los antecedentes familiares indican altas tasas de enfermedad mental, trastorno antisocial de la personalidad y alcoholismo. De la misma manera, se observan características familiares comunes, tales como padres ausentes, que abusan de sustancias o que presentan trastorno antisocial de la personalidad, madres deprimidas, relaciones familiares distantes y antecedentes de haber padecido maltrato infantil (Hollander, Berlin y Stein, 2002; citado en Aniceto, 2008).

Generalmente, la edad de inicio de la piromanía reside en la infancia, manifestándose en la adolescencia o en la edad adulta, desconociéndose su evolución. La incidencia máxima de conductas incendiarias se da a la edad de 17 años (Lewis y Yarnell, 1951; citado en del Aniceto, 2008).

Conviene destacar que la mayoría de los pacientes pirómanos descritos, muestran retraso mental o un coeficiente intelectual límite (Vallejo, 2006; citado en del Aniceto, 2008). Según un estudio psiquiátrico forense realizado en el Hospital Universitario de Helsinki en el que analizaron 90 incendios provocados por reincidentes entre los años 1973 y 1993, obtuvieron que los principales diagnósticos fueron por retraso mental, psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos orgánicos, del humor y alcoholismo (Aniceto, 2008).

Para la evaluación de la piromanía se utilizan, sobre todo, cuestionarios de personalidad (16PF-5, NEO-PI-R, CPS, EPQ-R) y cuestionarios clínicos (MMPI, PAI, SCL-90-R). En adultos, para la valoración de la impulsividad, se usan la Evaluación Multidimensional de la Conducta (EMC) y la Wender Utah Rating Scale (WURS).

En cuanto a las posibilidades terapéuticas, el tratamiento más efectivo incluye estrategias biológicas, conductuales, de manejo de contexto social, información sobre la alta predisposición a la cronicidad y a las recaídas, y sobre todo las repercusiones objetivas sobre la salud y otros ámbitos vitales. En lo que respecta al tratamiento farmacológico, los ISRS han sido usados, así como otros fármacos de los descritos en el abordaje de los TP. Por último, es relevante indicar que el tratamiento psicoterapéutico consiste en una modificación de conducta con cambio de hábitos desadaptativos, prevención de la respuesta, control de estímulos y prevención de las recaídas. Así como en técnicas cognitivas de autocontrol, de conciencia del trastorno con control y manejo de situaciones de frustración, control de los estados de ánimo y, con frecuencia, técnicas grupales (Tiffon, 2008).

### *Repercusiones forenses*

Este trastorno del control de los impulsos puede determinar una perturbación severa de la voluntad cuando el sujeto no es capaz de controlar su patología compulsiva de provocar un incendio, lo que propiciaría la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 C.P. También podría suponer una disminución intensa de su capacidad volitiva, lo que llevaría a la apreciación de la eximente incompleta del art. 21.1 C.P. O, por último, una leve afectación de dicha capacidad, lo que permitiría la concurrencia de la atenuante analógica del art. 21.6 C.P.

La opinión definitiva sobre motivaciones de incendios intencionados en España es que, mayoritariamente, se deben a razones socioeconómicas, ocasionalmente provocados por personas con alguna afectación psíquica y prácticamente nunca a razones políticas (Vélez, 2003; citado en Plaza, 2016).

## **Método**

### *Análisis de la Doctrina jurisprudencial relevante*

#### *Muestra*

Utilizando bases de datos de jurisprudencia (vid infra) se seleccionó una muestra de sentencias a propósito, provenientes de Tribunales Españoles en las jurisdicciones civil, penal y social. El principal criterio de inclusión fue que la resolución estuviera relacionada con alguno de los trastornos objeto de estudio (utilizándose la nomenclatura diagnóstica de los mismos como palabras claves en las búsquedas), excluyéndose las resoluciones que no informaban nítidamente acerca de las repercusiones de estos cuadros psicopatológicos.

#### *Procedimiento*

Se ha realizado una delimitación conceptual, utilizando como marcadores aquellos términos asociados al constructo nosológico: “*Trastorno Negativista Desafiante*”; “*Trastorno Explosivo Intermitente*”, “*Trastorno de Conducta*”, “*Trastorno Disocial*”, “*Piromanía*” y “*Cleptomanía*”.

La búsqueda se ha centrado en la Jurisdicción Penal, Civil y Social, más concretamente en sentencias referentes a víctimas y victimarios.

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 de los distintos constructos: “*apreciación*”, “*apreciable*”, “*diagnosticado*” y la resolución judicial, desechando aquellas sentencias donde el contenido o la presencia de estos era tangencial o no relevante: “*no ha quedado acreditado*”.

## Resultados

Para la realización de este estudio se seleccionó una muestra de 110 sentencias provenientes de Tribunales españoles en las jurisdicciones civil, penal y social. Dentro del número total de sentencias abordadas se han excluido 15 por falta de contingencia con los trastornos psicológicos relevantes para el estudio. Por lo tanto, las sentencias analizadas significativas para determinar los resultados han sido 94.

Estas sentencias se distribuían de forma que el TEI es el que obtiene mayor prevalencia (31 sentencias, 33% de la muestra), seguido de cerca por el TND (25 sentencias, 27% de la muestra). En menor proporción encontramos la cleptomanía (20 sentencias, 22% de la muestra), el TC (10%) y en último lugar, la piromanía con un 8% (ver Figura 1).

**Figura 1.** Porcentajes de sentencias



### *Análisis descriptivo de los datos hallados*

#### *Trastorno negativista desafiante*

La búsqueda de sentencias vinculadas al TND referida al sexo de los afectados por el trastorno, en 92% han sido varones y en un 8% mujeres, de los cuales sólo un 20% es mayor de edad.

En cuanto a la Jurisdicción Penal, se ha encontrado mayor prevalencia de victimarios (75%) que de víctimas (25%), estando estas últimas siempre vinculadas a situaciones de abuso sexual o agresiones. En el caso de los victimarios, no se ha detectado ninguna sentencia que considerase totalmente inimputable a una persona con TND, incluso cuando este trastorno coexiste con otros. Esto se ve reflejado en el ejemplo del caso juzgado por la Audiencia Provincial, sentencia nº 581/2012 del 24 de septiembre, donde un sujeto con TND, TD y Síndrome de Tourette, comete un delito de robo con violencia e intimidación y no existiendo modificación de la responsabilidad criminal al no considerarse que sus capacidades, volitivas y/o intelectivas, estén afectadas. Asimismo, son muy pocas las ocasiones en las que se contempla la eximente incompleta (art. 21.2 en relación con el 20.1 del actual C.P.) o



atenuante analógica (art. 20.6 del actual C.P.), dándose especialmente cuando el TND está asociado a otras patologías como TDAH, TD, Esquizofrenia y consumo drogas, considerando afectada la capacidad volitiva en estos casos, pero nunca la cognitiva.

En general no se aplican medidas de seguridad a las personas con TND porque no se considera que sus capacidades estén afectadas. Los jueces suelen dictar pena de prisión y/o multa dependiendo del delito. Cabe la posibilidad de que se contemple la medida de tratamiento farmacológico y psiquiátrico si el TND coexiste con otros trastornos mentales severos. Si los delitos han sido cometidos por menores de edad, las medidas de seguridad más utilizadas por los jueces en nuestra muestra han sido: internamiento en régimen semi-abierto, libertad vigilada y servicios en beneficio de la comunidad.

En la Jurisdicción Civil, la mayoría de sentencias encontradas recogen modificación de medidas en familias con padres divorciados e hijos con TND. Generalmente, se resuelve custodia para la madre con ausencia de trastorno, aunque en un 15,4% se otorga custodia paterna y en un 23% se dictamina tutela a los Servicios del Estado. No se ha observado en la muestra analizada ningún caso en el que el trastorno afecte a la capacidad de autogobierno de la persona.

En general, se ha observado que la principal comorbilidad del TND es el TDAH (40%), seguido de discapacidades intelectuales (16%) y, en última instancia, trastorno de conducta (12%). También se han encontrado otras comorbididades puntuales con trastornos de personalidad, afectivos o síndrome de Tourette, aunque no en términos significativos.

#### *Trastorno Explosivo Intermitente*

En el TEI encontramos una mayor representación de varones (90%) frente a mujeres (10%), todos ellos mayores de edad (hasta 69 años) excepto en dos casos (16 y 17 años).

En la Jurisdicción Penal también encontramos mayor porcentaje de sujetos varones (100%), todos ellos perpetradores de los delitos juzgados. En su mayoría, estos incluyen acciones violentas contra las personas (robo con violencia, lesiones, violencia intrafamiliar, tentativa de homicidio...) y puntualmente delitos relacionados con la inadaptación a las normas (quebrantamiento de condena y delitos contra la salud pública). En un 68% de los casos se considera a los sujetos imputables, encontrando únicamente un 10% de semi-imputabilidad y un 22% de casos con aplicación de una atenuante analógica. Las penas impuestas generalmente incluyen prisión, pero también orden de alejamiento y multas. En los casos de los menores de edad, se estipulan medidas reeducativas.

En la Jurisdicción Civil, el 20% de los casos están vinculados a la decisión sobre la guarda y custodia de los menores, y un 80% pertenecen a revisiones del régimen de visitas para el progenitor no custodio, el cual en todos los casos es un varón que sufre de TEI, coexistiendo en un caso con retraso mental y en otro caso con abuso de sustancias. Las sentencias resuelven en el 100% los casos de guarda y custodia a favor de la madre de los menores con ausencia de trastorno y el 75% se realizan modificaciones del régimen de visitas a favor de la progenitora materna sin trastorno.

En la Jurisdicción Social, encontramos sentencias que resuelven en incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, e incluso gran dependencia. Destaca la incapacidad permanente total, sobre todo en aquellos casos en los que el TEI coexiste con otros trastornos (depresión, consumo de alcohol y sustancias, fobia social, trastorno de personalidad por evitación).

En general se ha observado que la principal comorbilidad del TEI es el abuso de sustancias (25%), seguida por el trastorno límite de la personalidad (12%), trastorno mental no especificado (9%), trastorno antisocial de la personalidad (9%), trastorno obsesivo-compulsivo (6%) y trastorno bipolar (6%). También se encuentran casos puntuales de comorbilidad con trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo, fobia social y trastorno evitativo de la personalidad.

### *Trastorno de Conducta*

Se han encontrado únicamente siete sentencias con respecto al TC, el número total ha sido escaso debido a la limitación que nos ha supuesto el hecho de ser una patología que sólo se diagnostica en menores de edad o al final de la adolescencia/comienzo de la edad adulta. El 100% de las sentencias pertenecen a la Jurisdicción Penal, de las cuales únicamente una corresponde a presunta víctima de abuso sexual con trastorno de conducta, siendo el resto de sentencias de victimarios. Con respecto al género, todas las sentencias de victimarios pertenecen a varones, siendo la única víctima con TC de género femenino. En cuanto a la edad, la mayoría son menores, excepto dos victimarios que ya habían cumplido los dieciocho años, incluyéndose en el estudio porque, aunque superan la mayoría de edad legal, se considera que, debido a la poca rigidez del desarrollo psicológico, pueden ser igualmente significativos en el presente análisis.

a la comorbilidad, podemos decir que los trastornos que más coexisten con el TC son, sobre todo, el trastorno por consumo de sustancias y el retraso mental leve, existiendo vinculación igualmente con rasgos de personalidad patológicos como el narcisista y el paranoide.

Analizando el contenido de las sentencias, podemos ver cómo los delitos cometidos son muy variados, predominando los delitos contra las personas, constituyendo el 50% de las sentencias, y contra la propiedad (hurtos y robos con violencia) constituyendo estos el 38%.

Finalmente, y haciendo referencia a las repercusiones forenses, a los mayores de edad pertenecientes a nuestra muestra, se les considera imputables con ligera afectación de las capacidades cognitivas y volitivas cuando existe comorbilidad con retraso mental leve, siendo la pena de prisión la más aplicada. En cuanto a los menores, se suele considerar que sus capacidades están afectadas cuando existe comorbilidad con consumo de sustancias, siendo las medidas de seguridad más recurridas el internamiento terapéutico y la convivencia con un grupo educativo.

### *Cleptomanía*

Las sentencias extraídas sobre cleptomanía forman un 22% de todas las sentencias analizadas, de las cuales, la mayoría se encuentran en Jurisdicción Penal (67%), siendo todas ellas victimarios. El resto se reparten entre la Jurisdicción Social (24%) y, en menor medida, la Jurisdicción Civil (9%). En toda la muestra extraída, se observa una mayor prevalencia en mujeres (67%) de edades comprendidas entre 39 - 59 años de edad, aproximadamente.

En la Jurisdicción Penal, los delitos suelen ser por hurto, tentativa de hurto y robo, no siendo habitualmente violentos. En las resoluciones encontramos una eximente incompleta (50%), seguido de imputabilidad plena (36%), y, en menor grado, atenuante analógica e inimputabilidad (8%).

En cuanto a la comorbilidad, predominan los cuadros depresivos y trastornos de la personalidad, consumo de sustancias y otros trastornos del control de impulsos como ludopatía o adicción a las compras.

En la Jurisdicción Civil, tan solo se ponen de relieve dos sentencias, destacando la perteneciente al Derecho de Familia, puesto que el objeto es valorar el grado de afectación de la cleptomanía en la capacidad parental. Así, lo vemos en la sentencia 135/2003 de la A.P. de Cantabria en fecha 25/03/03: *“No se detecta que exista riesgo alguno para el menor que pueda provenir de su padre por el ejercicio de ese derecho, ni se encuentra causa que justifique la negación del régimen de visitas acordado”*.

En la Jurisdicción Social, encontramos que, de las cinco sentencias, dos resultan en despido procedente, y las tres restantes obtienen como valoración pericial la incapacidad permanente. Todas ellas presentan comorbilidad con otros trastornos (trastornos del estado de ánimo, los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias).

*Piromanía*

Las sentencias analizadas en piromanía constituyen el 8% del número total de sentencias, todas ellas suponiendo delitos de incendio forestal y siendo todos victimarios, por tanto, de Jurisdicción Penal. La prevalencia es de un 87,5% varones (entre 26 -41 años) frente a un 12,5% de mujeres.

La resolución predominante es la eximente incompleta (100%) por afectación parcial de las capacidades volitivas del individuo y en ocasiones, la presencia de atenuante de confesión o circunstancia agravante por reincidencia.

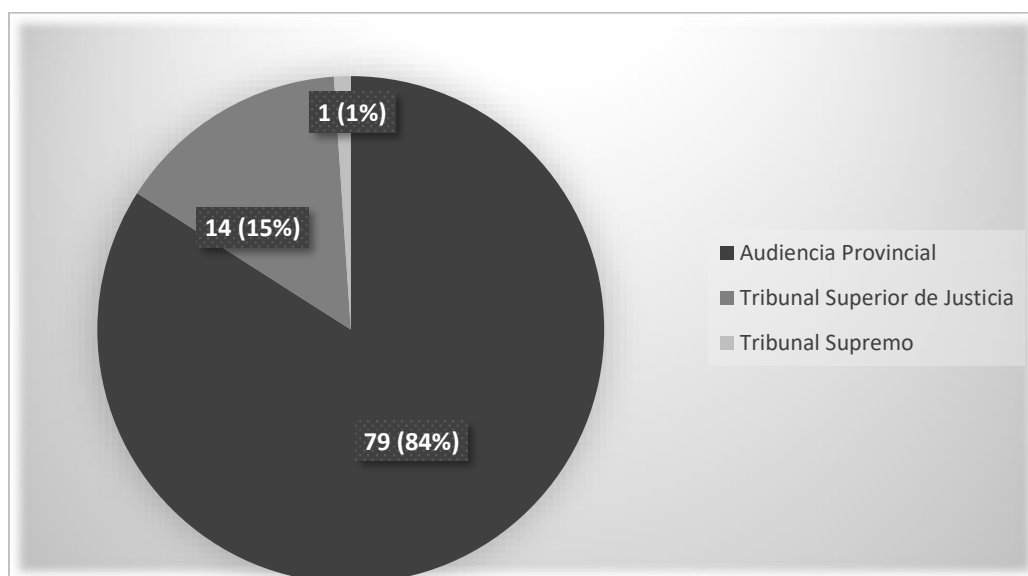
En cuanto a las penas y medidas impuestas predominan la pena de prisión (que oscila entre 1-5 años), tratamiento psiquiátrico ambulatorio, internamiento en centro psiquiátrico o actividades en beneficio de la comunidad.

Por último, comentar la presencia de comorbilidad con otras afecciones psicológicas posibles como son: el trastorno evitativo de personalidad, trastorno distímico, capacidad intelectual límite, trastorno mixto de la personalidad, consumo de alcohol, esquizofrenia o sintomatología depresiva.

*Resultado global de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*

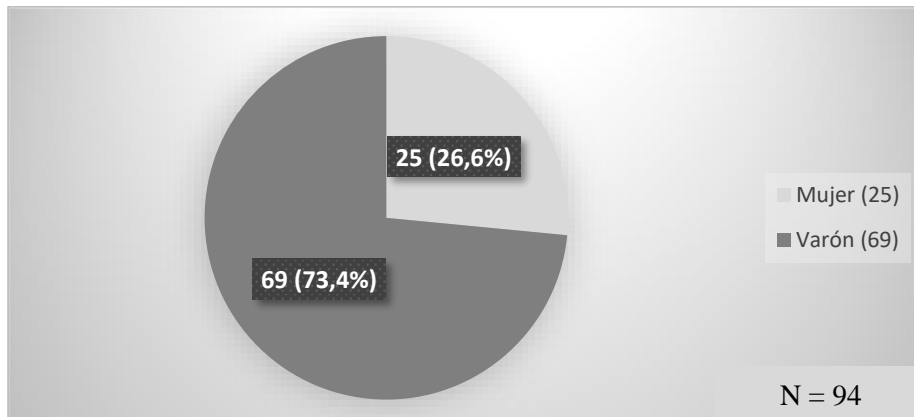
En la Figura 2 se muestra la distribución del número de sentencias analizadas en función del órgano jurisdiccional de procedencia.

**Figura 2.** Órganos jurisdiccionales y número de sentencias analizadas



En la Figura 3 se muestra la distribución del número y porcentaje de los trastornos disruptivos en función del sexo:

**Figura 3.** Distribución de los Trastornos Disruptivos por sexo



La Tabla 1 muestra las resoluciones judiciales en la jurisdicción penal:

**Tabla 1.** Resoluciones judiciales (Penal)

Resoluciones judiciales	Porcentaje
Eximente completa (2)	3,3%
Eximente incompleta (18)	30,5%
Atenuante (10)	16,9%
Responsabilidad plena (28)	47,4%
Otras resoluciones (2)	3,3%

En la Tabla 2 se muestran los tipos de medida adoptados en la jurisdicción penal:

**Tabla 2.** Tipos de medida (Penal)

Medidas	Porcentaje
Internamiento en centro psiquiátrico (6)	10,16%
Tratamiento ambulatorio (5)	8,4%
Prisión (27)	45,7%
Otras medidas (17) (Multa, orden de alejamiento...)	28,8%
No consta (1)	1,69%
Absolución (3)	5%

En referencia a la jurisdicción Civil, más concretamente en Derecho de Familia, generalmente se establece custodia materna (60%), seguido de custodia para los Servicios del Estado y de custodias paternas, habiendo obtenido ambos el mismo porcentaje (20%) (ver Tabla 3). En cuanto a las incapacidades civiles siempre se ha resuelto en incapacidad (100% parcial), con un 100% de curatelas (ver Tabla 4).

**Tabla 3.** Resoluciones judiciales (Derecho de Familia)

<b>Resoluciones judiciales</b>	<b>Porcentaje</b>
Custodia materna (9)	60%
Custodia paterna (3)	20%
Servicios del Estado (3)	20%

**Tabla 4.** Valoraciones jurídicas de incapacidades (Civil)

<b>Tipo de incapacidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tipo de tutela</b>	<b>Porcentaje</b>
Incapacidad parcial	100%	Tutela	100%
Incapacidad total	0%	Curatela	0%

Por último, en cuanto a la Jurisdicción Social, se concluye que la tendencia es de determinar incapacidad laboral, si bien es cierto que en todos los casos analizados los trastornos coexistían con otras afectaciones que han podido promover dicha resolución. Las incapacidades encontradas han sido las siguientes: incapacidad permanente absoluta (7%), incapacidad permanente total (43%), incapacidad temporal (7%), gran incapacidad (14%), no dando indemnización en un 14% (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Valoración jurídica en invalidez (Social)

<b>Tipo de invalidez</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Indemnización</b>	<b>Porcentaje</b>
Incapacidad permanente absoluta (1)	7%	<i>Si (0)</i>	0%
Incapacidad permanente total (6)	43%	<i>No (2)</i>	14%
Incapacidad temporal (1)	7%	<i>No consta (12)</i>	86%
Gran incapacidad (2)	14%		
No consta (4)	29%		

## Discusión

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta se definen en el DSM-5 como aquellos trastornos caracterizados por afecciones y problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad (APA, 2013).

Parece lógico pues, pensar que la gran mayoría de los supuestos judiciales que involucren a un sujeto que padezca alguno de los trastornos que conforman esta categoría diagnóstica tendrá relación con la Jurisdicción Penal (aunque sin duda, tendrán una potencial capacidad para incidir en otras esferas vitales y jurídicas). Efectivamente, en el presente artículo más de la mitad de las sentencias analizadas versaban sobre delitos penales en los que, por lo general, el victimario había sido diagnosticado con algún trastorno disruptivo y del control de los impulsos. En especial, trastornos como el TEI y el TC están muy vinculados con delitos violentos, mientras que trastornos como la cleptomanía y piromanía están más vinculados a la transgresión de las normas sociales, robos, hurtos y quebrantamientos de condena. En cualquier caso, se hace preciso siempre analizar cada caso de modo individual y no admitir generalizaciones.

En términos de responsabilidad penal, debemos tener en cuenta los distintos tipos de impulsividad presentes en el conjunto de trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Por un lado, en las conductas impulsivas diferidas adquieren relevancia los elementos cognitivos y temperamentales-emocionales. Son aquellas en las que se aprecia un fracaso en resistir el impulso de llevar a cabo una conducta y que se encuentran especialmente presentes en trastornos como la cleptomanía o la piromanía (Villarejo, 2012). Las distorsiones cognitivas, la incapacidad para prever el futuro y evaluar las consecuencias de los actos, y la dimensión “*búsqueda de sensaciones*” junto con la pérdida del control o la pérdida de habilidad para dejar de hacer esa conducta, pueden influir en las capacidades cognoscitiva y volitiva y disminuir la responsabilidad penal cuando los delitos cometidos se relacionan teleológicamente con la conducta impulsiva (Villarejo, 2012). En esta línea, los datos obtenidos en el presente estudio sustentan dicha valoración, en tanto que, las sentencias analizadas en las que se encontraba presente un diagnóstico de cleptomanía han derivado en una resolución que contemplaba la merma de capacidad volitiva y, por tanto, se aplica la eximente incompleta del art. 21.1 C.P. por la disminución grave de sus facultades mentales, o la apreciación de la atenuante analógica del art. 21.6 C.P., por la leve afectación de las mismas. No obstante, siendo poco habitual, cabe recordar que, en algunas de las sentencias vinculadas a la cleptomanía, el trastorno no se considera suficientemente acreditado y se adjudica al victimario responsabilidad penal completa.

Por otro lado, trastornos como el TEI no siguen la misma norma, pues están relacionados con la impulsividad inmediata, la cual supone una respuesta motora inmediata a estímulos que resultan imposibles de inhibir. Se encuentra especialmente presente en el TEI, que presenta alteraciones de carácter cognitivo, emotivo y conductual que afectan a la función ejecutiva y modifican, si quiera parcialmente, las bases biopsicológicas de la imputabilidad (Cabrera y Fuertes, 1997; citados en Villarejo, 2012). No obstante, tal y como reconocen Carrasco, Vega y Díaz-Marsá (2013) existe una gran dificultad en tratar de apreciar la intensidad de la irresistibilidad de estas conductas impulsivas, lo cual afecta a las valoraciones de afectación de capacidades volitivas en los juzgados y explica la principal ausencia de eximentes en las sentencias donde se diagnostican este conjunto de trastornos. Es más, según los resultados obtenidos en el presente estudio, estas eximentes sólo se encuentran presentes en casos donde el trastorno disruptivo cursa con otra afectación psicopatológica comórbida. Por ende, las medidas aplicadas en prácticamente la totalidad de sentencias analizadas son las correspondientes al delito cometido (penas privativas de libertad, multas o ingreso en centros de internamiento de menores), sin verse anulada la responsabilidad penal, exceptuando, tal y como se argumentaba en el párrafo anterior, algunos casos de cleptomanía.

A pesar de las características violentas y disruptivas de los trastornos protagonistas del presente estudio, se ha encontrado que una cuarta parte de las sentencias hacen alusión al TND. Los sujetos afectados son las víctimas de los procesos penales que versan sobre delitos de abuso sexual infantil y agresiones en el entorno familiar. Según se refleja en la bibliografía citada a lo largo del artículo, el TND se ha asociado con el apego inseguro, así como con los cuidados parentales deficientes (De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011), y se entiende que el menor puede desarrollar reacciones de ira como resultado de la decepción, la frustración y la impotencia tras un episodio de abuso. Estas emociones pueden dar lugar a una personalidad hostil y negativa, y se pueden manifestar hacia el exterior (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011), por lo que no resulta extraño que en casos de estas características se encuentren sintomatología negativista y desafiante en los menores involucrados.

Pese a tener menor presencia, algunos aspectos de los resultados obtenidos tras el análisis de sentencias relacionadas con la Jurisdicción Civil merecen ser discutidos. Se han encontrado sentencias generalmente vinculadas al Derecho de Familia, en las cuales se trataban procesos de guarda y custodia o revisión de régimen de visitas. En ellos, es importante diferenciar cuándo el sujeto con trastorno disruptivo es uno de los menores involucrados en el proceso o bien uno de los progenitores. Cuando es uno de los menores involucrados en el caso, generalmente presenta un diagnóstico de TND. Tal y como afirman Portugal y Araúxo (2004), existe una relación recíproca entre ciertas circunstancias familiares

(por ejemplo, conflictos matrimoniales, divorcio o trastorno psiquiátrico en los padres), que impactan en la conducta disruptiva del niño o del adolescente y ésta, una vez desarrollada, contribuye a empeorar estas circunstancias. Por lo tanto, es habitual que en entornos familiares donde los problemas matrimoniales conviven con otras variables etiológicas del TND, éste se desarrolle en los menores de dicho núcleo familiar, y puedan acabar representados en sentencias del ámbito del Derecho de Familia. Según los datos obtenidos en el presente estudio, no se pueden extraer conclusiones significativas respecto a la tendencia de los juzgados españoles en términos de custodia cuando alguno de los menores presenta un trastorno disruptivo, si bien es cierto que parece que se resuelve en mayor medida la custodia materna, siempre y cuando dicho progenitor no presente un trastorno psicopatológico. En términos generales, no se aprecia una distinción en las medidas propuestas por el sistema judicial respecto a menores con presencia o no de trastornos disruptivos, y este hecho se convierte en un tema de trascendencia cuando tenemos en cuenta el malestar que los progenitores deben afrontar durante un proceso de separación y su influencia en el grado de atención que prestan a los menores, lo cual puede influir en el desarrollo de problemas de ansiedad, depresión, conductas disruptivas o problemas escolares en los mismos. Para futuras líneas de investigación, sería necesario valorar la importancia de establecer un sistema de medidas judiciales que tuvieran en consideración la prevención e intervención en los procesos de separación donde los menores puedan ser susceptibles de desarrollar trastornos disruptivos, debido al impacto que suponen en el desarrollo normativo de los menores.

Los casos del presente estudio en los que es uno de los progenitores el que presenta un trastorno disruptivo, este suele ser el TEI, y el progenitor en cuestión generalmente es el varón no custodio. Los procesos judiciales versan, de nuevo, sobre guarda y custodia y revisión de régimen de visitas, en los cuales ninguno de los casos analizados se resuelve en una sentencia favorable hacia el progenitor que presenta el trastorno. Teniendo en cuenta la reactividad conductual agresiva y desproporcionada que caracteriza al TEI, y la aleatoriedad de sus respuestas conductuales (es decir, que no se generan por un motivo ni objeto concreto), tal actuación por parte de los juzgados puede explicarse en términos de peligrosidad, de hecho, en estos casos la merma de capacidad volitiva se traduce en una desventaja hacia el sujeto afectado por el trastorno.

Respecto a las sentencias encontradas en Jurisdicción Social, no se extraen conclusiones significativas debido al bajo índice de sentencias vinculadas a trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Sí parece que la tendencia en casos de valoración de incapacidad es que, para que se determine una gran invalidez e incluso una incapacidad permanente total, es necesaria la coexistencia de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y la conducta, generalmente TEI o cleptomanía, junto con otra afectación (por ejemplo, trastornos depresivos, de consumo de sustancias, de ansiedad, etc.). No obstante, y como ya se afirmaba en las primeras líneas de este párrafo, la muestra en esta Jurisdicción no permite la construcción de reflexiones que puedan ser generalizadas al total de casos de este ámbito en el Estado Español.

En síntesis, dentro del ámbito penal, contexto principal de la muestra analizada en el presente estudio, no se aprecia tendencia a considerar que estos trastornos, en sí mismos, impliquen una reducción de la capacidad volitiva y/o cognitiva en los victimarios que los presentan, siendo una excepción más o menos significativa la cleptomanía. Asimismo, las víctimas suelen ser menores con trastornos disruptivos ocasionados, en parte, por factores ambientales relacionados con un núcleo familiar disfuncional o conflictos matrimoniales. En este sentido, no se aprecia que, en el ámbito judicial, la presencia de estos trastornos en los menores se traduzca en la imposición de alguna medida preventiva y/o de intervención que reduzca el impacto de los mismos.

En el ámbito civil, la presencia de un trastorno disruptivo en uno de los progenitores (especialmente aquellos con mayor componente agresivo) actúa como obstaculizador para ostentar la guarda y custodia de los hijos por considerarse que puede influir negativamente sobre la función parental.

Por último, en el ámbito social los pocos resultados obtenidos parecen indicar que, por sí solos, los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y la conducta no son causa suficiente de incapacitación.

### **Limitaciones encontradas en el desarrollo de nuestro estudio**

A la hora de abordar este tipo de estudios es importante tener en cuenta la muestra analizada y cuán representativa es de la generalidad. En el caso de la presente investigación, la amplitud de la muestra, así como las limitaciones asociadas a las fuentes de búsqueda utilizadas, refuerzan la importancia de interpretar los resultados extraídos como una aproximación descriptiva a las repercusiones forenses de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, y no como conclusiones que puedan generalizarse a la totalidad de casos posibles. Asimismo, cabe destacar el conjunto de limitaciones de carácter específico:

- Las propias bases de datos utilizadas para la búsqueda de las sentencias presentes no recogen la totalidad de las sentencias dictadas.
- Existen dificultades en la búsqueda de bibliografía acerca de la piromanía, pues como bien refieren los autores Saiz y Saiz (2009), existen más datos de las conductas incendiarias que de la piromanía, las cuales se asocian a rasgos antisociales, alcoholismo, bajo cociente intelectual y se relacionan con otros actos delictivos.
- Finalmente, a nivel conceptual también surgen limitaciones: la profundización en el trastorno de conducta se ha visto dificultada por la necesidad de realizar la búsqueda en base a su nomenclatura en el DSM-IV-TR (trastorno disocial), debido a la proximidad de su cambio de nombre.

### **Referencias**

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5®. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition)*. Washington, DC: Author.
- Aniceto, J. J. (2008). *¿Incendiario o pirómano? Claves para la determinación de la piromanía como causa de los incendios forestales*. Universidad de Sevilla. España.
- Boduszek, D., Belsher, R., Dhingra, K. y Ioannou, M. (2014). Psychosocial correlates of recidivism in a sample of ex-prisoners: the role of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 25(1), 61-76.
- Cabrera, J. y Fuertes, J. C. (1997). *Psiquiatría y Derecho*. Madrid: Ed Cauce, pp. 313-321.
- Carrasco, J. L., Vega de la, I. y Díaz-Marsá, M. (2013). Trastornos del control de los impulsos. *Tratado de psiquiatría legal y forense*. En S. Delgado y J. M. Maza (pp. 288-922). Madrid, España: La Ley.
- De Dios, J. L. (2002). Trastornos disociales en la adolescencia: estudio de su incidencia en la comunidad de Madrid. *Estudios e Investigación*.
- De la Peña, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública Mex.*, 45, 124-131.
- De la Peña-Olvera, F. y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34 (5), 421-427.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469-486.



- Esbec, E. (2015). Valoración de la base psicopatológica de la imputabilidad en los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. *La imputabilidad de los trastornos* (pp. 43-46). Universidad Complutense de Madrid.
- Fariz, M. D., Moura de, C. B. y Mías, C. D. (2002). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia. En V. E. Caballo y Simón, M. A. (Coord.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos* (pp. 57-58). Ed. Pirámide.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Davis, A. A. y Kim, S. W. (2009). Legal consequences of kleptomania. *Psychiatric quarterly*, 80(4), 251. doi: 10.1007/s11126-009-9112-8
- Grant, J. E., Suck, W. K. y Grosz, B. A. (2003). Perceived stress in Kleptomania. *Psychiatric Quarterly*, 74(3), 251-258.
- Green, R. W., Biederman, J., Zerwas, S. et al. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*, 159, 1214-1224.
- Hollander, E., Berlin, H. A. y Stein, D. J. (2002). Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y G. O. Gabbard (Dirs.), *Tratado de Psiquiatría Clínica* (pp. 729-769). Barcelona: Masson.
- Jodra, P., Navarro, I., Tortosa, N., Helliz, J. y Laosa, S. (2014). Prevalencia de los comportamientos disruptivos en adolescentes residentes en centros de menores. *Congreso Internacional Infancia en Contextos de Riesgo*.
- Kokkinos, C. M. y Panayiotou, G. (2004). Predicting Bullying and Victimization Among Early Adolescents: Associations with Disruptive Behavior Disorders. *Aggressive Behavior*, 30, 520-533.
- Lewis, N. D. C. y Yarnell, H. (1951). Pathological firesetting: Pyromania. *Nervous and Mental Disease Monographs*, (82).
- Lindberg, N., Holi, M. M., Tani, P., et al. (2005). *Looking for pyromania: Characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993*. Department of Psychiatry, University of Helsinki, Finland.
- Navarro, J. F. y Cárdenas, J. (2003). *Cleptomanía*. *Psiquiatría Biológica*, 10(2), 53-56.
- Opdyke, D. y Rothbaum, B. O. (2003). Otros trastornos del control de impulsos con énfasis en la tricotilomanía. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-comportamental de los trastornos psicológicos: Vol.1: Trastornos de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 465-489). Santos Ed.
- Plaza, S. A. (2016). *Perfil criminológico del incendiario forestal: estudio empírico basado en la evidencia*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. España.
- Palacio y Zapata (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 214-223.
- Pinel, J., (2007). *Biopsicología de los trastornos psiquiátricos*. Biopsicología, 6ª edición. Addison-Wesley.
- Portugal, R. y Araúxo, A. (2004). El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 54-64.
- Puerta, I. C. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Rev Neurol*, 38(3), 271-277.
- Saiz, J. J y Saiz, D. (2009). *Manual de Psiquiatría: Trastorno del Control de Impulsos* (pp. 450-462). Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Savolainen, J., Mason, W. A., Bolen, J. D., Chmelka, M. B., Hurting, T., Ebeling, H., Nordström, T., et al. (2014). The path from childhood behavioural disorders to felony offending: Investigating the role of adolescent drinking, peer marginalisation and school failure. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25, 375-388.
- Tiffon, N. B. (2008). Una Trimorbilidad Forense Emergente: El Trastorno de Personalidad, el Trastorno del Control de los Impulsos y el Abuso de Sustancias Tóxicas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 91-97. COP. Madrid. España.

- Trepal de Ancos, E., (2014). *Sexo y prácticas parentales como variables moderadoras y mediadoras en el trastorno negativista desafiante* (Tesis doctoral). Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría, 6ª Edición*. Barcelona: Masson.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L. y de la Peña, F. R. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L. y de la Peña, F. R. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Disocial*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- Vélez, R. (2003). *La defensa contra incendios forestales. Fundamentos y experiencias*. McGraw-Hill.
- Villarejo, A. (2012). Las bases biopsicológicas de la imputabilidad en la conducta impulsiva. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(2), 63-70.