TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN CRIMINOLOGÍA Y DERECHO

CURSO ACADÉMICO 5ºA

CONVOCATORIA 2018/2019

EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO: APROXIMACIÓN SOCIAL, CINEMATOGRÁFICA Y JURÍDICO-PENAL.

APELLIDOS/NOMBRE ESTUDIANTE: VELILLA BARRASA; ANDREA

GRADO/DOBLE GRADO QUE CURSA: CRIMINOLOGÍA Y DERECHO

APELLIDOS/NOMBRE TUTOR: GARCÍA, DAUDER; DAU.

Fecha: 18/02/2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. 3

CAPÍTULO 1. EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU REPERCUSIÓN SOCIAL. 5

I. LA VISIÓN GOFFMIANA DE ESTIGMA 6

II. EL ESTIGMA DEL ENFERMO MENTAL Y EL ESTEREOTIPO COMO VIOLENTO Y/O CRIMINAL. 9

CAPÍTULO 2. EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO COMO ENFERMEDAD MENTAL. 13

I. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO. 14

II. CONFUSIÓN CON OTROS TRASTORNOS MENTALES (ESQUIZOFRENIA Y SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO). 16

CAPÍTULO 3. LA REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL MUNDO CINEMATROGRÁFICO: UNA VISIÓN DISTORSIONADA. 18

I. EL TID EN EL CINE: ANÁLISIS CINEMATOGRÁFICO. 19

1. Análisis del TID en la película *Sybil* (1976) 19

2. Análisis del TID en la película *El club de la lucha* (1999) 24

CAPÍTULO 4. LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL TID EN EL ÁMBITO JURÍDICO. 30

I. LA INIMPUTABILIDAD PENAL: CONCEPTO Y CAUSAS. 31

1. La enfermedad mental como causa de inimputabilidad. 32

II. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL DEL TID COMO CIRCUNSTANCIA MODIFICATIVA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL. 34

III. CONCLUSIONES 34

IV. BIBLIOGRAFÍA 41

V. ANEXOS ..43

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1 19
Figura 2 22
Figura 3 22
Figura 4 23
Figura 5 23
Figura 6 27
Figura 7 27
Figura 8 28
Tabla 1 32
Tabla 2 33
Tabla 3 33
Tabla 4 34
Tabla 5 35

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APA→ American Psychiatric Association

CP→ Código Penal

FEAFES→ Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

OMS→ Organización Mundial de la Salud

RAE→ Real Academia Española

SIDA→ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TEPT→ Trastorno de Estrés Postraumático

TID→ Trastorno de Identidad Disociativo

INTRODUCCIÓN.

A lo largo del siguiente trabajo vamos a abordar una temática que, si bien ha sido ampliamente analizada a lo largo de los años por diversos autores, parece ser una cuestión no resuelta; ya que, a día de hoy en pleno siglo XXI, continúa siendo foco de atención en los diversos medios de comunicación –prensa, radio, televisión, cine, etc.-, en el plano político, jurídico, social, médico-psiquiátrico, etc.

Es por ello, que acogiéndonos a esta llamada de atención queremos plasmar en estas páginas la situación que supone *padecer* una enfermedad mental en nuestros días, aun cuando el término padecer no debiera ser utilizado, puesto que viene impregnado de cierta connotación negativa que llama a pensar en sufrimiento, carga o mala suerte; ya que, más bien, debiera ser todo lo contrario atendiendo a los avances existentes a día de hoy. No obstante, el problema reside en su falta de implementación completa. Esta idea viene a presentar González (2009) cuando, tomando las palabras del diario *El País* (8 de noviembre de 2005), indicaba que el Dr. J.M. Bertolote (responsable de trastornos mentales y cerebrales de la OMS) fija a España como el país más avanzado en materia de protección de los derechos del enfermo mental y así lo destaca en todas las conferencias que da por el mundo, aunque otra cosa es su cumplimiento en la vida real.

Con ello nos encontramos con que, aun cuando FEAFES (2008) acogiéndose a datos de la OMS indica que una de cada cuatro personas, o lo que es lo mismo, el 25% de la población, tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida, o visto en términos absolutos que 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida; ser diagnosticado con cualquier tipo de enfermedad o trastorno mental lleva a la persona automáticamente a un estado de estigmatización del que difícilmente puede huir, quizás sí intentarlo, aunque las probabilidades de éxito operen todas en su contra; a pesar de la amplia visualización que estas cifras reflejan.

Tal es la prevalencia estigmatizante que existe en nuestra sociedad actual respecto a este atributo –la enfermedad mental- que hemos querido centrarnos especialmente en él, para dejar claro que queda mucho por avanzar, aun con todo lo estudiado, criticado y reflexionado sobre el tema.

Sabiendo la amplitud de enfermedades que hoy en día quedan recogidas en los dos grandes manuales guía en la materia –DSM-5 y CIE-10-, y la limitación espacial a la que está acogido este trabajo, vamos a centrarnos principalmente en abordar nuestros propósitos a través del Trastorno de Identidad Disociativo (TID).

Para ello, hemos focalizado nuestras investigaciones en tratar principalmente, y de forma amplia, la estigmatización del enfermo mental, concretamente de la persona diagnosticada con TID, y su visualización desde diversas perspectivas. Partiendo de este objetivo principal, podemos subdividirlo en los siguientes objetivos secundarios para facilitar el desarrollo del mismo.

1. Atender al concepto de enfermedad mental como atributo estigmatizante. Para lo cual nos apoyaremos en la obra de Erving Goffman, en aras de profundizar más en la idea de estigma.

2. Analizar el concepto de enfermedad mental y, específicamente, el Trastorno de Identidad Disociativo; haciendo una pequeña mención a aquellas enfermedades con las que pueda entrar en confusión.

3. Estudiar el origen de esa concreta enfermedad, y sus características y atributos según el DSM-5.

4. Atender a la influencia del mundo cinematográfico y su repercusión social a la hora de entender el trastorno. Para ello, nos serviremos del análisis de películas referentes en la materia y los mitos que éstas han dejado a su paso.

5. Confrontar el trato del Trastorno de Identidad Disociativo en el mundo jurídico, frente a la imagen cinematográfica del mismo. Con vistas a reflejar la falta de correlación entre la imagen violenta que presenta el cine, respecto a la imagen ínfima del enfermo mental violento/delincuente que llega a nuestros tribunales.

La metodología utilizada para cumplir con dichos objetivos ha consistido en la consulta y revisión de diversos manuales clave en este tema, así como de amplios estudios y artículos de revistas científicas; junto a ello, el visionado y comentario de las películas seleccionadas y expuestas, así como el análisis de nuestra propia Jurisprudencia en materia de enfermedades mentales, prevalencia delictiva y, en especial, en relación con el TID.

Con todo ello, se busca como ya se ha podido dejar entrever poner de manifiesto la importancia de seguir progresando en materia de concienciación social respecto a la enfermedad mental, para erradicar de una vez por todas los mitos que han crecido y se han mantenido todos estos años a su alrededor, los cuales han ayudado ampliamente a perpetuar el estigma de todos aquellos diagnosticados con uno u otro trastorno como sujetos considerablemente violentos o como potenciales delincuentes.

CAPÍTULO 1. EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU REPERCUSIÓN SOCIAL.

Como bien recalcó el filósofo griego Aristóteles -384 a.C.-322 a.C.-, el hombre es un ser social por naturaleza; y por ende no cabe en la realidad fáctica de nuestra sociedad el desarrollo de una vida personal sin entrar en contacto con los otros, puesto que todo ser humano nace, vive y muere en relación con los demás.

Es en el contexto de esta conexión, en cada momento histórico, según el punto geográfico y la cultura exacta del lugar, donde nacen las normas sociales concretas que van evolucionando, y al margen de las cuales destacan los rasgos negativos que no encajan en las mismas, rasgos que denominaremos bajo el nombre de origen griego *estigma*. Según la RAE, por estigma se entiende "marca o señal en el cuerpo"; "desdoro, afrenta, mala fama o marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud, entre otras". Sin embargo, estas acepciones no recogen de manera exacta y amplia el sentido de la misma en atención al sinfín de rasgos o atributos peyorativos a los que puede dar cabida.

Para López *et al.* (2008), el estigma hace referencia al conjunto de actitudes, normalmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o marca que permite identificarlos. Vemos cómo este concepto es intrínseco al mundo social, existiendo cuando entran en juego de forma circular el estereotipo, los prejuicios y la discriminación. Sin estos, por lo tanto, no se daría un estigma, pero para que estos tres componentes previos existan es necesario que haya una relación de poder en favor del grupo estigmatizador, y en detrimento del grupo estigmatizado (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Así, por prejuicio debemos entender aquellas predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros de un grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. El estereotipo hace alusión al conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan –sesgan- en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. Como resultado del sumatorio de estos dos, resulta la discriminación o propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada hacia dichos miembros (López *et al.*, 2008, pág. 47).

Finalmente, debemos destacar que la estigmatización, tal como indica Aretio (2010, pág. 291), conlleva una desacreditación que a su vez supone cierta deshumanización de la persona que lo porta y ello permite después conductas de discriminación hacia ella, ya que "no es igual que nosotros". No debemos olvidar tampoco que la eficacia de la estigmatización como proceso destructivo de la identidad se aprende en la socialización primaria (Lozano, 2008), por lo que se debe tener especial cuidado en la educación dada a temprana edad, pues será el punto de partida entre el nacimiento de un potencial estigmatizador o el del potencial tolerante.

I. LA VISIÓN GOFFMIANA DE ESTIGMA

En este apartado analizaremos la obra de Erving Goffman, con vistas a profundizar más en el concepto de estigma y en la relación existente entre los pertenecientes al grupo social de "los normales", y los pertenecientes al grupo social estigmatizado.

Goffman parte de una línea social de estigma, ya que lo entiende como un proceso en el cual se hallan dos roles diferenciados –el del normal y el del estigmatizado-, si bien estos no se mantienen estáticamente en el tiempo, sino que son papeles intercambiables, pudiendo de esta forma el normal pasar a ser estigmatizado, y viceversa. Así lo manifiesta cuando escribe que el estigma implica un proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida. El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas (2008, pág. 171). Dentro de este proceso, la sociedad tiende a realizar clasificaciones sociales en las que cada persona queda vinculada a una serie de atributos concretos, donde no todos son estigmatizadores sino que, como bien indica, para que ello ocurra es necesario un lenguaje de relaciones que los excluya de la normalidad (2008, pág. 15).

Este autor entiende que a raíz de esta clasificación social entran en juego dos tipos de identidades –la virtual y la real-. Por identidad social virtual debemos entender el conjunto de atributos que en potencia la sociedad adjudica a un grupo determinado; mientras que la identidad social real hace mención a los atributos que en esencia forman parte de la persona, esto es, los que realmente posee. El estigma, por tanto, nace cuando existe una discrepancia especial entre la identidad social virtual y la real (2008, pág. 14).

De todos los diferentes tipos de estigma que podemos encontrar a lo largo de la historia, Goffman (2008, pág. 16) los clasifica en tres grandes grupos: por un lado, las abominaciones del cuerpo –las distintas deformidades físicas-; por otro, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad –perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones, etc.-; y por último, los tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia. Sin embargo, está claro que no todos tienen la misma facilidad para ser percibidos; huelga decir que cada estigma parte de su propio grado de percepción (así, no es lo mismo la persona que tiene ceguera, frente a aquél que es portador del SIDA). Esta línea es la que plantea el autor cuando introduce la diferencia entre dos conceptos: la *persona desacreditada*, como aquella cuyo estigma es visible de forma directa; y la *persona desacreditable*, con la que engloba a aquéllos cuyo estigma no es visible ni directamente perceptible por las personas que le rodean.

A razón de los diversos contactos sociales que realizamos las personas en nuestro día a día, se producen intercambios de información relativa a las características propias de cada uno, la cual es de vital importancia a la hora de construir la imagen que tenemos de los otros. Dicha información, a la que Goffman tilda como información social, es transmitida por la propia persona y está configurada por una serie de signos –congénitos y no congénitos, pudiendo estos últimos ser permanentes o no-, constituidos por símbolos –de status, de prestigio o de estigma-. Junto a este conjunto de símbolos, se deben añadir los "desidentificadores", siendo signos que tienden real o ilusoriamente a quebrar una imagen, de otro modo coherente, pero en este caso en una dirección positiva deseada por el actor (2008, pág. 64); por ejemplo, la persona de raza negra que muestra con orgullo ser dueño de un chalet de doble planta. Es importante remarcar, que es posible que haya signos cuyo significado varíe de un grupo a otro, ya que se designa una categoría con diferente caracterización, por ejemplo, no recibe la misma connotación positiva la identidad de policía

para la víctima de un delito, que la significación que le atribuya el delincuente –que será totalmente contraria- (2008, pág. 67).

Como resultado de este intercambio de información, toda persona puede ser analizada a través de tres tipos de identidad: la personal, la social y la identidad del yo. La primera hace referencia al conjunto de características que hacen a uno ser quien es, esto es, lo que le diferencia de los demás y le hace único. Para el autor, esta identidad personal está configurada por las marcas positivas o soportes de la identidad, y por la combinación única de los ítems de la historia vital adherida al individuo por medio de esos soportes de su identidad (Goffman, 2008, pág. 78). En relación al segundo tipo, debemos entenderla como aquélla por la cual la propia persona se presenta a un grupo social concreto, teniendo presente la información que sus propios atributos –estigmatizantes o no- pueden aportarles sobre sí mismo; lo que hay que relacionar con los conceptos de información social e identidad real/virtual antes analizados. Para acabar, la última hace referencia a una cuestión subjetiva, reflexiva, que necesariamente debe ser experimentada por el individuo cuya identidad se discute (2008, pág. 135); esto es, hace mención al sentimiento que surge en el propio individuo cuando su identidad personal y social es percibida bajo el ojo ajeno, a lo que Goffman llama *reconocimiento cognoscitivo*.

Finalmente, otro de los puntos a destacar en su obra es la actitud que toma el propio sujeto estigmatizado respecto a su propio estigma, y las relaciones que se dan entre éste y aquellos con los que comparte su mismo atributo negativo –los "pares"- y con el resto de personas con las que no lo comparte –los "normales"-.

Respecto a la relación de él mismo con el descubrimiento de su estigma, pueden darse distintas reacciones, ya que el momento en que nazca o aparezca este atributo, la naturaleza y duración del mismo, así como la propia sociedad y cultura en la que surja, influirán fuertemente en la aptitud que adopte. Así, cabe que la persona lo sienta como una bendición que le ha ayudado a ver lo que realmente merece la pena en la vida; o, al contrario, como una completa maldición. También, puede provocarle sentimientos de aceptación o de rechazo, generando en este último caso la necesidad de modificar u ocultar en la medida de lo posible el estigma, en aras de conseguir la mayor aceptación social por "los normales" cuando se produzcan los contactos con ellos. Acción a la que Goffman denominará *encubrimiento,* a través del cual el individuo busca crear una identidad personal/real distinta a la que en esencia tiene, lo que puede provocar en él sentimientos dobles, tal como indica en su obra. Por un lado, se siente ajeno a su nuevo grupo, ya que posiblemente no puede identificarse en forma total con las actitudes que ellos tienen hacia los que son como él; y por otro, es probable que se sienta desleal y despreciable cuando no pueda responder a las observaciones ofensivas hechas por los miembros de la categoría a la que ingresa contra los de la categoría a la que pertenecía (2008, pág. 113). En relación con este proceso de encubrimiento, cabe destacar el papel que puede desempeñar "el normal" cuando ayuda a mantener esta tapadera –rol de encubridor-; o cuando, por contra, busca destaparla y amenaza con hacerlo –rol de chantajista-, debiendo mantener especial cuidado con éste último si se quiere tener éxito en el objetivo.

En cuanto a la vertiente externa, el individuo estigmatizado se encuentra con la problemática del manejo de las relaciones endogrupales –con sus pares- y las exogrupales o mixtas –con los normales-. Hacia las primeras nuestro sujeto, tal como apunta Goffman, pueden adoptar dos posturas predominantes: una de ellas sería la búsqueda de apoyo en sus pares, encontrando en ellos una aceptación, que si bien no es total en comparación con la que halla un normal en la sociedad, es suficiente, puesto que en sus pares no solo recibe esta acogida, sino que también obtiene muestras de comprensión y ayuda para afrontar su nueva vida. Junto a este grupo de apoyo, nuestro autor expone otro de vital importancia, el cual sin llegar a tener el estigma, sabe lo suficiente para poder adoptar una actitud de sensibilidad y

empatía suficiente como para ayudar en este proceso a la persona afectada. Son los denominados *sabios*, dentro de los cuales se hallan no solo los expertos en la materia, sino también como indica el autor, aquéllos que se relacionan con un individuo estigmatizado a través de la estructura social, por ejemplo la mujer de un enfermo mental (Goffman, 2008, pág. 46). Por el contrario, también puede adoptar una actitud de desprecio hacia sus pares, puesto que estos suponen un constante recordatorio de su situación social, de su estigma. Sin embargo, no puede abandonarlos del todo porque no deja de sentirse parte del grupo. A este sentimiento Goffman lo denomina *ambivalencia*, y bajo ésta es donde la persona se impone estándares sociales que no puede alcanzar dada la limitación que su estigma le impone frente al grupo normal. Pero es debido a esta imposición cuando surge su reacción de repulsa hacia sus pares, sobre todo cuando ve de cerca a los suyos comportarse de manera estereotipada, o ponen de manifiesto en forma extravagante o lastimosa los atributos negativos que se le imputan (2008, pág. 137). Es en este contexto donde se produce lo que el autor describe como *purificación endogrupal*, haciendo referencia a los esfuerzos de las personas estigmatizadas destinados a no solo "normalizar" su propia conducta sino también a corregir la de los otros miembros del grupo (2008, pág. 138).

En cuanto a las segundas relaciones –las exogrupales-, nos encontramos con un choque de sentimientos. Por un lado, "los normales" se sentirán perdidos a la hora de tratar a una persona con un estigma, ya fuera por la percepción directa del mismo –persona desacreditada- o por el conocimiento que han tenido de éste por el propio sujeto afectado –persona desacreditable-, y cuando actúen no sabrán realmente cómo hacerlo. Idea que remarca el autor cuando indica que los normales no tienen, en realidad, la intención de dañar; cuando lo hacen es porque no saben cómo evitarlo (2008, pág. 174). Esta sensación también es percibida por el sujeto estigmatizado, lo que Mead denomina *el eterno retorno de la consideración mutua* (Mead, citado en Lozano, 2008, pág. 74), por lo que ante esta situación se le anima a ayudar y hacer llevadero el primer contacto con los normales, con vistas a conseguir una presentación con ellos, lo más suave posible. Así, lo recoge Goffman cuando afirma que el individuo estigmatizado puede no darse por enterado, o bien tratar de llevar a cabo una benévola reeducación del normal, mostrándole, punto por punto, con calma y suavidad, que, a pesar de las apariencias, debajo del estigmatizado subyace un ser humano cabal (2008, pág. 147).

Por último y para acabar, se hace una llamada al esfuerzo del estigmatizado para considerarse un ser humano íntegro tan pleno como cualquier otro, alguien que, en el peor de los casos, es excluido de lo que, en último análisis, es simplemente un área de la vida social (2008, pág. 146). Instando a evitar a toda costa, y en última instancia, la adopción de lo que nuestro escritor bautiza como *minstrelación*, o lo que es lo mismo el esfuerzo por parte del estigmatizado de ser aceptado por el normal desarrollando para él todos los atributos negativos que han sido imputados a su clase, afianzando una situación vital dentro de un rol ridículo (2008, pág. 140); por ejemplo, la persona de raza negra que por el hecho de serlo se hace pasar por alguien con cociente intelectual bajo, aun teniendo unos estudios universitarios superiores. No se puede olvidar que, independientemente de la actitud que tome finalmente, el objetivo último será el mismo: la aceptación por los otros. Puesto que, como indica Lozano (2008), es evidente que ser aceptado es una de las necesidades básicas de la existencia humana.

II. EL ESTIGMA DEL ENFERMO MENTAL Y EL ESTEREOTIPO COMO VIOLENTO Y/O CRIMINAL.

La enfermedad mental como atributo negativo de la identidad personal se ha considerado a lo largo de los años de diferente forma, así como la manera en la que se le daba solución, si es que se intentaba; pues como veremos, en alguna época histórica, al enfermo mental–loco se le marginaba totalmente del resto de la sociedad sin preocuparse por dar respuesta a su comportamiento. En lo que parecen haber coincidido todas las épocas, incluso en la actualidad, es en la concepción de la enfermedad mental como un estigma. Como apuntaba Goffman anteriormente, el estigma nace cuando existe una importante discrepancia entre la identidad social real y la identidad social virtual. Con ello tenemos que, en todas las épocas, la imagen perfecta y normal de todo ser humano coincidía con aquél que, física y psíquicamente, se hallaba en perfectas condiciones, esto es, sin ningún tipo de marca física o afección de su *psyche*.

Basta con hacer un breve recorrido histórico para apreciar este hecho: la enfermedad mental nunca ha dejado de ser un estigma. Si bien este hecho se ha visto influido por las normas sociales de cada época, por sus creencias y por su cultura.

En la antigua Palestina se creía que el origen de toda enfermedad mental se entroncaba en una fuerza sobrenatural, divina o demoniaca, como también se pensaba que era resultado de la ira divina, entendiéndose entonces como castigo por el comportamiento tenido. Así lo indica Rosen (1968) cuando relata que en Israel aquéllos que se atrevían a desobedecer los mandatos de Dios y a violar sus órdenes eran amenazados con horrendos castigos entre los que se hallaba la maldición de la locura, lo que ya venía siendo advertido en el Deuteronomio –siglo VIII a.C.-. Aquí, se clasificaba la locura atendiendo a la violencia de la persona –vemos cómo ya desde esta época se comienza a marcar el estereotipo del enfermo mental como violento-, donde aquél que no mostraba signos de agresividad podía ser cuidado en casa; mientras que, al contrario, de mostrar dicha conducta violenta se abandonaba en la calle a su suerte, donde no era raro que lo siguieran niños o vagabundos, que se mofaban, le ridiculizaban e insultaban, y con frecuencia le tiraban piedras (Rosen, 1968).

Más adelante, en la época griega y romana, la locura seguía manteniéndose como razón de causa divina, siendo la manifestación más común de ésta las posesiones; asimismo, destacaban que la locura podía ser resultado de una causa natural, sin ningún tipo de influencia divina. Esta realidad la plasma Rosen (1968) al indicar que Herodoto aceptaba dos explicaciones del trastorno mental: una que lo atribuía a la intervención divina o sobrenatural, la otra a causas naturales que alteran la actividad psíquica. La medicina griega rechazó en fecha muy temprana toda explicación sobrenatural de la enfermedad mental, para contemplarla en términos esencialmente fisio-biológiocos. En estas culturas existían dos formas de comportamiento que se consideraban particularmente características del demente: su costumbre de vagar y su propensión a la violencia –obsérvese otra vez la unión directa entre enfermedad mental y violencia- (Rosen, 1968). Aquí, se introdujo la posibilidad de asistencia médica al enfermo, pero el acceso a la misma solo podían permitírselo aquéllos con niveles de vida pudientes; manteniéndose para el resto el mismo trato que en la antigua Palestina: vagar por la calle y ser objeto de burlas.

Si avanzamos hasta la Edad Media, se puede observar una línea parecida a las épocas anteriores. La enfermedad mental sigue muy ligada al ámbito divino y el loco, si recibía algún tipo de cuidado, era a manos de sus familiares, aun cuando ya existían hospitales pero solo destinados a los casos más graves. En el siglo XVI, Rosen (1968) indica que en 1526, en Brujas, Juan Luis Vives incluyó a los enfermos mentales en su plan de asistencia pública, y propuso hospitalización y trato humano para ellos, usándose en algunos lugares de Europa las

antiguas leproserías. También, en esta etapa se comienza a poner en entredicho la explicación divina como causa de la enfermedad, aunque no se consigue desterrar del todo. En palabras de Riolan el viejo (citado en Rosen, 1968, pág. 175) "no es necesario que recurramos a un demonio como último refugio de la ignorancia, puesto que disponemos de una causa natural".

Ya en el siglo XVIII, con la razón instaurada como centro de toda explicación –movimiento más conocido como Ilustración-, comienza la tarea de dar respuesta al mundo a través de métodos empíricos basados en la observación. Así, se rechazaba la idea de épocas anteriores donde la locura solo existía dentro de la razón –humana o divina- para demostrar que la enfermedad mental queda fuera de toda racionalidad, siendo ésta la que debe explicarla. Rosen (1968) presenta esa idea cuando indica que el hombre dotado de razón, debía obrar racionalmente, es decir, según las normas sociales aceptadas. A él le correspondía hacer una elección racional en virtud de su naturaleza humana. La conducta alejada de toda racionalidad, las acciones que se apartaban de las normas aceptadas, se consideraban fruto del error o como resultado de un trastorno de la voluntad, por lo que podían ser sometidas a curación.

Finalmente, desde los siglos XVIII-XIX aumenta el interés por conocer las causas de la enfermedad mental, donde ya queda totalmente desterrada su vinculación al mundo divino, surgiendo para ello nuevas ramas científicas como la psicología, la psiquiatría, la farmacología, entre otras. Todas ellas tendrán como objetivo conocer, detectar y prevenir la aparición y desarrollo de la enfermedad mental, ya que bajo la influencia de la era industrial las personas se medían como factores productivos donde cualquier defecto producía pérdidas importantes, por lo que no podía permitirse tener entre la sociedad a ciudadanos aquejados de dolencias, ya fueran físicas o mentales. Almagro (2008) lo recalca cuando remarca que el trabajo se convierte en una labor colectiva en la que todos los trabajadores deben quedar sujetos a estrictos horarios y reglas de comportamiento. Cualquier desviación, cualquier desviación de la norma, supone graves pérdidas de producción, y es tal vez por eso por lo que la vigilancia se intensifica: la enfermedad se detecta desde el principio, desde los primeros síntomas. Los avances llevaron, en pleno siglo XX, al desarrollo y auge de las instituciones mentales como centros de reclusión y cura del enfermo mental –lugares que marcaban a la persona enferma, la estigmatizaban- que nacen como garantes del orden y de la cohesión del grupo social (Almagro, 2008). En estos, una de las prácticas curativas más utilizadas era la terapia de electroshock, ya que el enfermo mental tal como indica Almagro (2008, pág. 165) "requiere terapias de choque que le devuelvan al mundo de la verdad y de la razón". Ya en nuestro siglo actual son muchos los avances que se han realizado en esta materia, quedando desterrada la terapia de electroshock, e introduciéndose otras adaptadas a cada tipo de trastorno mental, donde quizás la más destacada sea la del uso de fármacos.

López *et al.* (2008) indica que el enfermo mental se enfrenta a dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, a pesar de su gravedad, temporales y sujetos a altas probabilidades de recuperación; y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de ser más reacios a su intervención y solución.

Dentro de esa estigmatización, al enfermo mental se le ha estereotipado, principalmente, con tres concepciones básicas, tal como indican Arnaiz y Uriarte (2006, pág. 52). 1. Son maniacos homicidas a los que hay que temer, siendo la consecuencia social de esta idea el temor y la exclusión: se debe temer a las personas con enfermedad mental grave y, por consiguiente, se las debe mantener fuera de la comunidad; 2. Son espíritus libres y rebeldes, teniendo como consecuencia el autoritarismo: las personas con enfermedad mental grave son irresponsables, así que otros deben tomar sus decisiones vitales; 3. Tienen percepciones sobre

el mundo análogas a las infantiles que deben ser maravillosas, cuya consecuencia es la benevolencia: las personas con enfermedad mental grave son como niños y necesitan que los cuiden. A estos hay que añadir, como refieren López *et al.* (2008), los estereotipos de peligrosidad, extrañeza e impredictibilidad, dificultad de relación, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y un grado de atribución de responsabilidad y culpa sobre lo que les sucede.

Estereotipos que se ven reforzados por la imagen de enfermo mental que presentan nuestros medios de comunicación –prensa, televisión y cine, principalmente-. Hecho que influye directamente en la imagen que toda persona crea, consciente o inconscientemente, de esta enfermedad; alejándola en gran medida del derecho a ser tratada como a las afecciones físicas, las cuales gozan de mucha mayor aceptación y normalización, si bien algunas escapan a este trato (por ejemplo, en algunos lugares la soriasis es causa de exclusión o estigma). Así, según López *et al.* (2008, pág. 53) todos los estudios sobre actitudes sociales o sobre los mensajes de los medios de comunicación manifiestan de forma constante la consideración de que las personas con esquizofrenia, y por extensión otros trastornos mentales graves –donde incluimos el TID-, realizan actos violentos, ya sea como comportamiento habitual o probable. Es también conocido el hecho de que basta un acto violento especialmente grave o extraño, cometido por una persona etiquetada de enfermo mental, para que las ideas tradicionales vuelvan a emerger, incluso en situaciones en que parecían estar en retroceso.

Respecto a esto FEAFES (2008), en relación a la prensa y televisión, recalca que lo que estos medios muestran son noticias breves en las que la información se sintetiza de manera incorrecta, de forma que queda simplificada y se pierden datos relevantes. La omisión de cierta información hace que ésta esté sesgada, con lo que se mantienen los prejuicios. Por ejemplo, no se suele profundizar en el estado de la persona con enfermedad mental (si estaba siguiendo algún tratamiento, o cuál era su situación personal). Este tipo de noticias hace que se perpetúen ideas como que las personas con enfermedad mental son violentas, agresivas y peligrosas, y que actúan de forma irracional, lo que está comprobado que es falso. Además, recalcan que es bastante frecuente hallar titulares donde destacan noticias vinculadas con actos violentos cuyo autor es un enfermo mental, creando titulares alarmistas y sensacionalistas tales como: "declaran culpable al perturbado que mató a un sordomudo tirándole al metro" (en FEAFES, 2008, pág. 15). Siguiendo esta línea, en España, el estudio realizado por Manuel Muñoz, Eloísa Pérez, María Crespo y Ana Guillén (2009) reveló que en los programas informativos se mostraban los estereotipos de peligrosidad e impredecibilidad de manera más frecuente que en otros medios, aun cuando en la televisión escaseaba el nivel de noticias que trataran el tema (citado en Sampietro, 2010, pág. 4).

En relación al mundo cinematográfico, al cual se le dedica más adelante un capítulo, decir únicamente que el estudio realizado por Otto Wahl, Amy Wood, Parin Zaveri, Amy Drapalski y Brittany Mann (2003) muestra cómo, incluso en las películas de Hollywood dirigidas al público infantil, los personajes que asumen el rol de enfermo mental se muestran como violentos o atemorizantes, así como a ser identificados mediante apelativos negativos, hecho que mejora fuera del mundo Disney, donde la enfermedad mental en el cine infantil es representada con cierta mejoría (citado en Sampietro, 2010, pág. 99).

Sin embargo, esta imagen contrasta notablemente con lo que ocurre en la realidad puesto que, tal como apunta López *et al.* (2008), en los casos donde se producen realmente actos violentos, estos provienen de solo una mínima parte de las personas diagnosticadas con esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia- y hay además una serie de variables específicamente relacionadas con ellos: sintomatología, actos previos, consumo de sustancias, falta de contacto social, etc. Hecho que

remarcan Loinaz, Echeburúa e Irureta (2011), pues concluyen que no se puede afirmar que las personas con trastornos mentales, como norma, sean violentas en general o supongan un mayor riesgo de conducta violenta; sino que, al contrario, podría asegurarse que los pacientes con enfermedad mental corren mayor riesgo de implicarse en situaciones violentas en las que es más frecuente que ejerzan el papel de víctima que el de agresor. Resulta de vital importancia a la hora de luchar contra el estigma, recordar este rol de víctima. Es decir, informar de que en muchos casos los enfermos mentales, además de sufrir la estigmatización o el miedo que genera el desconocimiento sobre su enfermedad, también pueden ser, con mayor facilidad, víctimas de actos violentos, de abusos o de su utilización como instrumento para cometer delitos a manos de personas de su entorno o desconocidos (Loinaz et al., 2011, pág.422).

Visto que el estigma del enfermo mental como persona violenta existe y se mantiene, cabría preguntarse dónde está el error o el fallo, pues es fácil encontrar estudios que desmienten este hecho. Bien podría pensarse que esto tiene su origen en una falta de información, de conocimiento, en los encargados del manejo de la información en nuestros medios, pero no sería cierto –quizá sí pudiera afirmarse de aquéllos que no tienen ningún tipo de relación con esta realidad, esto es, meros ciudadanos de a pie. Como remarca Sampietro (2010), no se trata de un problema de falta de información, ya que el conocimiento de los periodistas al de los profesionales del ámbito mental y, además, son plenamente conscientes de las estereotipaciones negativas que están difundiendo desde los medios. Sin embargo, los argumentos defendidos por ellos se centran principalmente en un factor comercial: *el sensacionalismo.*

Contra esta vía de comercialización, FEAFES (2008) alza un grito de atención a los medios recordándoles que su labor es informar veraz y objetivamente de la realidad, no buscar la mayor venta del hecho o el mayor grado de captación de audiencia, estableciendo para ello una guía práctica con doce pilares fundamentales a la hora de tratar la enfermedad mental en los medios de comunicación de manera adecuada: por ejemplo, la contemplación de todas las facetas del enfermo mental, mostrando a las personas con esta afección de forma integral, no mostrándolas de forma unidimensional sino como todas las demás, con sentimientos, problemas, con una vida laboral, familiar, social, sexual, etc.; facilitando la información sobre esta enfermedad de manera normalizadora, debiendo recibir el trato que cualquier otra, recordando que hay solo personas que tienen, o no tienen, una enfermedad, evitando con ello a toda costa confrontar la situación entre enfermo mental y persona normal; o acabar con la propaganda y mantenimiento de prejuicios y falsas creencias de forma explícita, puesto que no son individuos deshumanizados e irracionales, ni agresivos; sino que pueden trabajar, tener hijos y desarrollar una vida con completa normalidad.

CAPÍTULO 2. EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO COMO ENFERMEDAD MENTAL.

Hasta ahora hemos analizado la perspectiva de la enfermedad mental como estigma, hecho que afecta a nuestra elección del TID como objeto de estudio. En este capítulo nos dedicaremos a observar las notas características del mismo, esto es, los síntomas que aquél que padece este trastorno llega a desarrollar, así como las enfermedades con las que mayor confusión puede generarse; si bien no tanto entre profesionales en la materia, sino en el mundo cinematográfico.

Con ello tendremos oportunidad de observar cómo el cine, que ha sido fuertemente criticado por ello, ha facilitado el origen y perpetuación de prejuicios sobre el TID no solo en el ámbito de la persona violenta, sino también en su propia sintomatología; o también, cómo en muchas ocasiones ha reflejado a través de sus personajes enfermedades mentales como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o la esquizofrenia con síntomas propios del TID, o viceversa. Todo ello, como se apuntaba, ha facilitado la amplia confusión de estas afecciones entre la población lega, lo que no ha ayudado de ninguna forma a la normalización y aceptación social de las mismas, ergo de su completa erradicación como elemento estigmatizante.

Para abordar este objetivo nos serviremos de los manuales diagnósticos estrella en esta materia, a saber el DSM-5 (2013) creado por la APA, y el CIE-10 (1992) desarrollado por la OMS. Decir de este último que actualmente se halla en línea para su consulta la versión CIE-11 la cual entrará en vigor en enero de 2022. Con estos obtendremos el conocimiento mínimo y necesario para conocer un poco más sobre el TID, y poder con ello apreciar en el capítulo venidero cuánta correlación existe entre el mundo cinematográfico y la realidad, que tal como apuntamos no suele darse en gran medida.

Antes de abordar la sintomatología clínica de los trastornos mencionados, decir que el TID fue fuertemente criticado a raíz de los primeros casos documentados, ya que tras la repercusión que tuvo la publicación de la obra literaria *Sybil* (1973), escrita por Rheta Schreiber y basada en la historia real de una joven que llegó a desarrollar 16 personalidades, se produjo un aumento considerable de los casos de personas afectadas, donde antes de esta explotación mediática su reflejo fáctico había sido ínfimo, hasta el punto de que la APA no lo había llegado a considerar enfermedad mental como tal, circunstancia que no cambió hasta 1980. Así lo reconoce Vera (2006, pág. 346) en su obra cuando indica que antes de la publicación del libro y del estreno de la película, el TID era considerado un trastorno mental muy raro, tan poco frecuente que la APA no lo entendía como una entidad en sí misma, de hecho había poco menos de 50 casos diagnosticados en todo el mundo. A lo largo de los años que siguieron a la aparición de *Sybil*, la cantidad de diagnósticos ascendió a más de 40.000 –dato a fecha de 1998-. Las cifras hablan por sí solas, y todo apunta a la existencia de una relación entre fenómeno mediático y trastorno.

Aun con todo, grandes pensadores en esta rama apuntaron a la existencia del TID como enfermedad con autonomía y esencia propia. Defensores como Charcot (1889, citado en Marín, Dujo y González, 2013), quien acogiéndose a su teoría de la histeria afirmó que este tipo de trastorno estaba íntimamente relacionado con el pensamiento de que las ideas traumáticas eran aisladas de la conciencia y se originaban de forma orgánica. Línea que posteriormente retomó Pierre Janet (citado en Caballo, Salazar y Carrobles, 2011) describiendo las respuestas asociativas como un mecanismo psicológico crucial mediante el cual la persona afronta una experiencia traumática abrumadora, asentando con ello las bases de los trastornos disociativos. Podemos apuntar, entonces, que los trastornos disociativos traen causa en vivencias traumáticas para la persona que las sufrió, experiencias que provocan en ésta la respuesta mecánica del organismo de disociarse de dicho trauma, protegiéndose de

esta forma; y cuya recuperación girará en torno al trabajo de la aceptación y asunción de dicha experiencia tal como veremos.

I. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO.

Como bien se ha apuntado anteriormente, el TID aparece muy frecuentemente relacionado con los episodios traumáticos vividos por una persona, pero no por ello puede hacerse la asociación directa causa-efecto entre ambos. Vanderlinden y Vandereycken (1997, citados en Caballo *et al*, 2011) formularon un modelo multifactorial para explicar la relación entre experiencias traumáticas y síntomas disociativos, con base en la interacción de las siguientes variables: 1. edad –a menor edad, mayor respuesta primitiva y afección del sistema límbico, favoreciendo respuestas emocionales disfuncionales-; 2. naturaleza del abuso –a mayor gravedad como en un abuso físico/sexual, más graves tienden a ser los trastornos disociativos; 3. exposición del abuso -la reacción negativa del medio al compartir la experiencia se asocia a una mayor gravedad disociativa-; 4. estructura familiar –en cuanto a su desorganización, lo que facilita una mayor comorbilidad-; 5. experiencias de vida reparadoras o reexperimentación del trauma y 6. autoimagen –percepción negativa de uno mismo y sentimientos de culpa-. Asimismo, el DSM-5 (APA, 2013) pone de relieve que, en ocasiones, este trastorno guarda especial vinculación con otros como el TEPT, ya que ambos comparten parte de su sintomatología a saber: amnesia, *flashbacks*, entumecimiento y despersonalización.

El TID se encuadra dentro de los trastornos disociativos donde por ejemplo se encuentra también la amnesia disociativa. Ésta se caracteriza por la incapacidad de recordar información autobiográfica, donde toda explicación escapa de lo normal, pudiendo ser localizada –de un evento concreto espacio-temporalmente-, selectiva –de un hecho concreto de dicho evento- o generalizada –de la identidad propia-. Así, hay que remarcar que hasta que la propia persona que padece esta amnesia no confronta este olvido con la realidad y le lleve a darse cuenta de ese vacío en su memoria, no será consciente realmente del mismo, produciéndose una amnesia de su amnesia. Otro trastorno disociativo es el trastorno de despersonalización/desrealización, donde el sujeto que sufre estos episodios experimenta una sensación de incomodidad y extrañeza con su persona –despersonalización- o con la realidad –desrealización-, no reconociéndose a sí mismo en el primer caso o creyendo vivir en un segundo plano respecto al mundo real, en el otro supuesto. Existen otros trastornos disociativos no especificados, en los que se incluyen aquellos episodios que, mostrando sintomatología disociativa y afectando a la vida personal, laboral, social u otros ámbitos importantes de su desarrollo, no alcanzan a tener todos los elementos clínicos necesarios para constituir un trastorno de los anteriores (APA, 2013).

Centrándonos en el TID, el DMS-5 (2013, pág. 292) establece como criterios diagnósticos los siguientes:

> A. Perturbación de la personalidad, caracterizado por dos o más estados de la personalidad bien definidos, pudiéndose describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. Se produce una discontinuidad del sentido del yo, lo que puede venir acompañado de alteraciones del afecto, comportamiento, conciencia, memoria, percepción, conocimiento y/o funcionamiento sensitivo-motor.
>
> B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos no explicados por olvido normal.
>
> C. Estos síntomas causan malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no forma parte de una práctica socialmente aceptada por cultura o religión.

E. Los síntomas no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia –intoxicación alcohólica, por ejemplo- u otras afecciones médicas –epilepsia parcial compleja, por ejemplo-.

En relación a las características diagnósticas, el DSM-5 (APA, 2013, pág. 293) indica que la característica más notable en el TID es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión (Criterio A), donde al menos dos de las identidades o estados de personalidad toman el control de la conducta de la persona de manera recurrente. Asimismo, afirma que cuando no se observan directamente los estados de personalidad alternativa, el trastorno puede ser identificado por dos grupos de síntomas: 1. las alteraciones repentinas o la discontinuidad sobre el sentido del yo y de la identidad (Criterio A), y 2. las amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).

Remarca que los sujetos que sufren TID a veces también refieren la percepción de voces, pudiéndose apreciar éstas de manera desconcertante e independiente del pensamiento y sobre las que el individuo no tiene ningún control. Además, refiere que las actitudes, gustos, preferencias, conocimientos o habilidades pueden cambiar de manera súbita y volver a hacerlo posteriormente.

Respecto a las amnesias disociativas en este trastorno, recalca que pueden manifestarse de tres formas diferentes: 1. como lagunas en la memoria remota de los acontecimientos vitales; 2. como lapsos de memoria reciente; y 3. como el descubrimiento de vivencias o tareas del día a día que no recuerdan haber llevado a cabo. También suelen ser muy frecuentes en el TID, a diferencia de en la propia amnesia disociativa cuando se diagnostica autónomamente, las fugas disociativas donde los sujetos afectados experimentan viajes lejos de sus casas de los cuales no recuerdan nada de cómo llegaron allí o de lo que hicieron en el lugar. Con ello, el DSM-5 remarca que la amnesia en estos sujetos no solo se limita a los acontecimientos estresantes o traumáticos –como ocurre en el síndrome de estrés postraumático- sino que van más allá pudiendo olvidar episodios de su vida diaria.

Como última característica añade que, en relación al TID en su forma de posesión, las identidades que surgen durante la misma no son deseadas ni voluntarias, causan un malestar o deterioro clínico significativo (Criterio C) y no son una parte usual de una práctica cultural o religiosa (Criterio D).

Por su parte, el CIE-10 (1992, citado en Caballo *et al.*, 2011, pág. 447) indica como criterios diagnósticos los siguientes:

1. Existencia de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, de las cuales solo una se manifiesta a la vez.

2. Cada vez una de las personalidades posee sus propios recuerdos, preferencias y comportamientos y periódicamente controla totalmente el comportamiento de la persona.

3. Incapacidad para recordar información personal, que no puede explicarse como olvido.

4. No se debe a trastornos mentales orgánicos o por el consumo de sustancias psicoactivas.

Para acabar con este punto hablaremos brevemente de la comorbilidad de este trastorno, es decir, su presencia real en relación con otro tipo de enfermedades mentales, y de

su tratamiento Así, en relación con lo primero, Caballo *et al.* (2011) establece que la amnesia o la fuga disociativa pueden presentarse no solo de forma aislada, sino como parte de la fuga disociativa o del trastorno de identidad disociativo. Cuando esto ocurre, no se hace un diagnóstico independiente, sino que el diagnóstico del TID tiene precedencia sobre la amnesia disociativa, fuga disociativa y trastorno de despersonalización. A su vez indica que pueden presentarse de forma comórbida o como un diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad, sobre todo por estrés agudo o postraumático.

El DSM-5 (APA, 2013) resalta que los individuos con TID presentan un gran número de trastorno comórbidos. Entre los cuales podemos citar: los trastornos de estrés postraumático, trastornos depresivos, el trauma y trastornos relacionados con el estrés, trastornos de la personalidad –límite y evitativa-, los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de la alimentación, del sueño o sexuales, entre otros.

Por último, respecto a su tratamiento, hay que destacar que la mayoría de estos trastornos desaparecen con el tiempo, sobre todo, cuando dejan de existir o cambian las circunstancias que produjeron el factor estresante y/o traumático. Sin embargo, esto puede que no ocurra, siendo en estos casos de gran utilidad las técnicas que ayuden a la persona en un ambiente de confianza, relajación y seguridad a confrontar los hechos que le generaron dicho trastorno en aras de reorganizar el recuerdo, asimilarlo y normalizarlo adecuadamente en torno a una única personalidad. Para ello, según Caballo *et al.* (2011), el terapeuta debe intentar ayudar al paciente a transformar las experiencias disociativas en memorias organizativas de una historia única y congruente de un solo individuo. También remarca el éxito de terapias de exposición como la imaginación guiada, donde se ayuda al individuo a reexperimentar su vivencia traumática, modificando o ayudando a generar distintas reacciones hacia aquélla.

II. CONFUSIÓN CON OTROS TRASTORNOS MENTALES (ESQUIZOFRENIA Y SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO).

Por último, para acabar, mostraremos brevemente los diagnósticos diferenciales más comunes que han podido generar conflicto o confusión a través del mundo cinematográfico con nuestra enfermedad analizada en este trabajo –el TID-. Tal como se apuntó arriba de manera breve, los más recurridos en este aspecto son la esquizofrenia y el TEPT. Junto a ello, el DSM-5 (APA, 2013) muestra la existencia de más trastornos con los que cabe realizar este diagnóstico diferencial, a saber: trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares, trastornos de la personalidad, trastornos inducidos por sustancias o medicamentos, entre otros.

En relación al TEPT, se establece la pauta general para hacer este diagnóstico que el profesional muestre la existencia de síntomas disociativos que no sean propios del TID, aun cuando puedan ser síntomas compartidos, pero la diferencia estribará en la materialización de los mismos. Por ejemplo, en el caso de la amnesia o los *flashbacks.* En el TID estos últimos no solo se remiten al hecho traumático o estresante en sí –como ocurre con el TEPT-, sino que pueden venir seguidos de una amnesia retrospectiva. En relación a las amnesias, en el TEPT únicamente vienen vinculadas a recuerdos relativos al trauma experimentado; por el contrario en el TID pueden venir asociadas no solo a este evento, sino también a hechos de la vida diaria. Por último, el DSM-5 también hace la distinción en relación a los síntomas de intrusión y evitación, donde en el TEPT todas las alteraciones cognitivas y del estado de

ánimo giran en torno al hecho traumático, mientras que en el TID estos estados de las identidades disociadas no se hallan relacionados con aquél.

Para finalizar, respecto a los trastornos psicóticos –principalmente la esquizofrenia- hay que resaltar que las voces que los enfermos con TID pueden afirmar escuchar, muchas veces son fáciles de confundir con las alucinaciones en la esquizofrenia y demás trastornos psicóticos. De igual forma, la circunstancia de que los sujetos con TID refieran sufrir a veces alucinaciones visuales, táctiles, olfativas, gustativas y somáticas, las cuales se relacionan con factores postraumáticos y disociativos, pueden llevar a error respecto a los trastornos psicóticos donde también se producen. La principal diferencia se halla en que si bien en la primera enfermedad se produce una disociación en la personalidad del sujeto –generándose como se vio dos o más identidades-, en la esquizofrenia el sujeto sufre de estas alucinaciones únicamente y en todo momento a través de su sola identidad. Finalmente, el DSM-5 (APA, 2013) también remarca que las experiencias de fragmentación de la identidad o de posesión y pérdida de control sobre uno mismo –en cuanto a sus propios pensamientos, sentimientos, impulsos, gustos, actos, etc.- pueden confundirse con los síntomas de otros trastornos formales del pensamiento, por ejemplo, con el robo de pensamiento.

Por lo tanto, en vistas a no incurrir en errores manifiestos dentro del mundo cinematográfico, en la presentación de esta enfermedad sería recomendable un mínimo de preparación documental previa, ya que de no ser así –cosa que ocurre en la gran mayoría de casos- se apoya y fomenta la perpetuación del estigma respecto a la misma, al vincularle sintomatologías de otros trastornos donde no solo se genera esa asociación errónea, sino que se presenta de forma totalmente desfigurada conforme en la realidad se produce, tal como veremos en el siguiente apartado.

CAPÍTULO 3. LA REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL MUNDO CINEMATROGRÁFICO: UNA VISIÓN DISTORSIONADA.

Hasta ahora hemos analizado lo que supone ser diagnosticado con alguna dolencia psíquica desde la perspectiva puramente biológica –el mundo de la psiquiatría- y desde la visión sociológica –como estigma-. Ahora bien, en este apartado nos centraremos en observar el retrato que el mundo cinematográfico muestra de las enfermedades mentales –esquizofrenia, TID, TEPT, Síndrome de Down, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, entre las más usadas- donde su principal aportación, tal como apuntábamos más arriba, ha sido la de reflejar distorsionadamente la mayoría de estas dolencias, ya fuera en su sintomatología o en su propia esencia, estereotipando las mismas hacia clichés de violencia o delincuencia.

En el mundo del cine ha habido, desde sus inicios, una constante y perpetua línea en el uso de la enfermedad mental como recurso guionístico. La principal razón que existe en ello, como ocurre en el cine de ciencia ficción o fantasía, es que los trastornos de este tipo permiten a los directores jugar ampliamente con la trama para hacerla más llamativa, interesante, fantasiosa o macabra a ojos del espectador, lo que en la mayoría de ocasiones supone la obligación de distorsionar en gran medida la sintomatología o vivencia real de estas enfermedades, en aras de alcanzar esos objetivos de audiencia prefijados; así como a los propios actores demostrar todas sus capacidades dramáticas a través de personajes tan cambiantes.

De esta forma, el mundo cinematográfico se convierte en el principal aliado del estigma puesto que, en no pocas ocasiones, se ha presentado a personajes con esquizofrenia como asesinos violentos, sin escrúpulos y sin posibilidad de llevar una vida normal, como por ejemplo en la película de Alfred Hitchcook *Psicosis* (1960). También ha existido una tendencia importante respecto a la representación del Síndrome de Down a través de personajes vulnerables, incapaces de manejar sus vidas, fácilmente manipulables y dependientes; aunque existen, por el contrario y en escasa proporción, películas que muestran una imagen más real de este tipo de trastorno, donde el personaje con un cociente intelectual reducido es capaz de llevar una vida normal, dentro de sus propias rutinas, relacionarse con el resto, tener un trabajo o realizar unos estudios. Por ejemplo, la reciente película del director Javier Fesser, *Campeones* (2018), donde uno de sus actores principales –Jesús Vidal- recibía este año el premio Goya al mejor actor revelación, suponiendo este gesto un hito en la historia del cine y en la lucha contra el estigma de la discapacidad psicosocial. Este hecho supone una ruptura con los tradicionales clichés y un avance importante en la visualización de la enfermedad mental como un aliado y no como una barrera en el desarrollo de una vida completa en igualdad de condiciones con los "normales".

Además de los anteriores, el TID se presenta quizá como una las enfermedades mentales más recurridas, sesgadas y estigmatizadas. Como veremos después, en muchas ocasiones la tendencia ha sido a distorsionar su sintomatología: el intento de confrontar al personaje bajo su identidad primaria con respecto a sus identidades secundarias ha llevado a usar las alucinaciones visuales propias de la esquizofrenia, acercando al personaje enfermo más a este último trastorno. Ejemplo claro de esto sería la película del director David Koepp *La ventana secreta* (2004). El actor Johnny Depp, que en principio actúa bajo un TID, va poco a poco acercándose más a la esquizofrenia debido a la representación que se hace de los síntomas, y principalmente, porque en múltiples ocasiones el protagonista –bajo su identidad primaria- aparece dialogando con una de sus identidades secundarias; lo que en el TID es impensable ya que, aun pudiendo darse alucinaciones visuales, nunca llegaría a producirse este desdoblamiento externo de personalidades.

Vera (2006) afirma que recursos tales como dos personajes interpretados por distintos actores o conversaciones entre dos personalidades crean la duda en el espectador acerca de si lo que está viendo existe realmente o es una mera representación visual de un proceso mental. Este punto es clave, pues determina si hay alucinación o no. Así, en algunas películas es más factible pensar que realmente el protagonistas está viendo a ese otro yo –*Psicosis o La ventana secreta*-; en otros, como *El club de la lucha o Vestida para matar* es más factible asumir que realmente no lo está viendo, sino que se está mostrando al espectador un proceso mental, para ayudarle a visualizar de otro modo lo intangible.

También, ha sido de amplio recurso la representación del TID con identidades violentas o delictivas, fomentando con ello creencias erróneas sobre la misma. Por ejemplo, en *En nombre de Caín* (1992), *Session 9* (2001), *Identidad* (2003) o *Múltiple* (2017). Vera (2006) así lo reconoce cuando remarca que en el cine se tiende a establecer este yo primario en personalidades conflictivas y asesinas: *Identidad* es un claro ejemplo de ello. Cuando al final parece quedar sólo la personalidad de la chica que cambia la ajetreada vida urbana por la tranquilidad del campo, reaparece la personalidad del niño –es muy común en los casos reales que exista una personalidad infantil-, que en este caso es la personalidad criminal, el verdadero yo primario que acaba prevaleciendo en la mente del asesino. Asimismo, Vera (2006) recalca que la mayoría de las películas que han utilizado el trastorno lo han hecho presentando personajes con personalidades conflictivas en extremo y violentas, en las que se dan cita asesinatos y masacres, obviamente debido a la mayor potencialidad de impacto de este tipo de tramas. Pero en la realidad las cosas son bien distintas, de hecho, son mínimos los casos documentados en los que haya existido asesinato o crimen relacionado con el trastorno.

En contraposición a esta imagen asesina del TID, también se han presentado identidades en facetas cómicas, como en las películas *Zelig* (1983), *Mis dobles, mi mujer y yo* (1996) o *Yo, Yo mismo e Irene* (2000). Por último, hay que resaltar el escaso número de películas que muestran fielmente la realidad de la sintomatología y el día a día de este concreto trastorno, pudiendo mencionar a día de hoy entre las que más destacan dos: *Las tres caras de Eva* (1957) del director Nunnally Johnson y *Sybil (1976)* del director Daniel Petrie.

Teniendo presentes las principales líneas a través de las cuales se ha presentado el TID a la población, siendo en muchas ocasiones el único contacto que las personas legas tienen del mismo y quedándose únicamente con esta imagen, pasamos a analizar dos películas concretas: *Sybil*, que refleja un caso real documentado; y *El club de la lucha,* donde se vincula a su protagonista con la violencia y el crimen, y, además, se genera cierta confusión con la esquizofrenia a lo largo de la película, por el método utilizado a la hora de presentar las identidades del TID aunque, si se observa atentamente, aparecen guiños que nos llevan a descartar la primera enfermedad.

I. EL TID EN EL CINE: ANÁLISIS CINEMATOGRÁFICO.

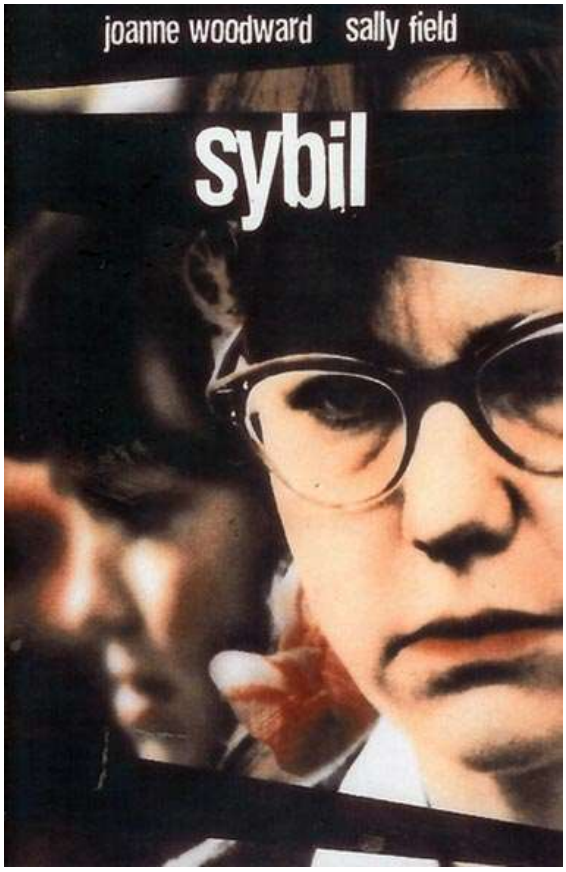
1. Análisis del TID en la película *Sybil* (1976)

Sybil es la representación cinematográfica de la historia de Shirley Ardell Mason (1923-1998), por lo que nos encontramos con un guion centrado en el relato de la vida real de esta persona, que a su vez quedó por primera vez plasmada y presentada al mundo, como ya se mencionó, a través del libro de la escritora Flora Rheta Schreiber.

Esta película supuso un *boom* desde su estreno ya que, como bien dijimos, encauzó la introducción por parte de la APA del TID –antes conocido como "personalidad múltiple" hasta 1994- en el DSM, debido al aumento considerable de casos documentados respecto a

este trastorno en comparación con el número de personas diagnosticadas con antelación al mismo. Pero no solo influyó en esta medida, sino que también se reseñó la influencia que tuvo en el ámbito delictivo como referente de imitación para evitar las penas de muerte o cadena perpetua en EEUU. Vera (2006) indica que Kenneth Bianchi –conocido como "el estrangulador de la colina"-, responsable de al menos catorce asesinatos de mujeres jóvenes en la costa oeste de EEUU a finales de los años 70, fue diagnosticado de TID por el psiquiatra de la defensa; alegando que bajo hipnosis –método terapéutico muy criticado también puesto que se refleja como una vía de inducción para el desarrollo o aumento de identidades secundarias- había aparecido una segunda personalidad, Steve, que había confesado ser la autora de los asesinatos. Fueron necesarias las opiniones de tres psiquiatras diferentes para determinar que Bianchi fingía. El asesino se inspiró en el telefilm *Sybil*, que había visto hace poco por televisión, para fingir el trastorno.

Destacar también que, con gran sabiduría, el director supo plasmar todas las identidades a través de la misma actriz –Sally Field- quien cambiaba únicamente en apariencia –a veces llevaba gafas, otras usaba ropas distintas, peinados, acentos, etc.- haciendo mucho más verídico el TID en la película; así como la forma de producirse las disociaciones -que pueden surgir tras un largo sueño o de forma repentina ante factores estresores externos-. Evitando con todo ello la confusión en el espectador con trastornos como la esquizofrenia, tal como hacen otras películas arriba ya mencionadas.



Director: Daniel Petrie

Reparto de personajes principales

Sybil Dorsett: Sally Field

Richard: Bard David

Dra. Cornelia Wilbur: Joanne Woodward

Hattie Dorset –madre de Sybil-: Martine Bartlett

Dr. Quinoness: Charles Lane

Abuela Dorsett: Jessamine Milner

Willard Dorsett –padre de Sybil-: William Prince

Figura 1. Cartel de la película *Sybil*.

Centrándonos ya en el análisis de la película, especificar que trataremos de relatarla no como un mero resumen de la misma, sino que a través de la trama buscaremos destacar la sintomatología propia del TID que se observa en la misma, línea de actuación que mantendremos en el resto de películas.

La película comienza mostrándonos a Sybil –identidad primaria caracterizada por ser una profesora de educación infantil, tímida, sumisa, cristiana muy devota y con miedo al contacto humano- en un parque. Ante la imagen de una señora con pelo gris recogido en un moño, el sonido del metal oxidado de los columpios y una frase de uno de sus alumnos "le rompió la cabeza" en referencia a un dibujo –hechos que evocan el recuerdo de su madre-, se produce la primera disociación en la identidad de Peggy quien huye hacia un lago cercano del parque. La identidad de Peggy representa a una niña de 9 años con pecas, cabello negro, temerosa y fuertemente traumatizada que muestra sus vivencias a través del dibujo, ya que representa a Sybil en su infancia traumática, apareciendo cada vez que se produce un *flashback* de esa época. Al volver a su identidad primaria, no recuerda nada de lo ocurrido –síntoma de amnesia disociativa sobre hechos presentes concretos-.

Tras este episodio, la protagonista vuelve a su casa donde durante la estancia en la misma el espectador observa diálogos entre voces distintas –sin que se aprecie realmente cuántas personas existen en la conversación-, desorden general en la vivienda del que Sybil no recuerda cómo se produce, lo mismo que con los dibujos que se observan, así como un momento crítico en el cual, ante la vivencia de un *flashback* al pasado, Sybil rompe con su mano una ventana de su cuarto. Todo esto es reflejo de las diversas disociaciones entre la identidad primaria y Peggy, donde los diálogos planteados reflejan lo que se conoce como co-conciencia, esto es, cuando alguna identidad puede manifestarse a través de alucinaciones auditivas ante el control de otra personalidad presente en el momento. En este caso Peggy se presentaría ante Sybil a través de las alucinaciones auditivas de la voz de su madre, hasta producirse la disociación efectiva a su favor, perdiendo la identidad primaria el control sobre sí misma.

Al acudir al hospital para curarse la herida de la mano, alertan sobre el estado de alteración y desorientación que sufre a la psiquiatra – la Dra. Wilbur, quien tratará su TID-. Ante ésta, se produce la confesión por parte de nuestra protagonista de su afección, donde afirma haber sufrido anteriormente episodios en los que despertaba en lugares lejanos a su casa y no recordaba cómo había llegado al lugar –fugas disociativas-, vestir trajes diferentes, realizar actividades que no conoce, sentirse más joven o vieja respecto a su verdadera edad, sin saber ni recordar nada de ello –Sybil muestra una amnesia total respecto al resto de identidades, aunque no siempre ocurre así, puesto que pueden existir personalidades con conocimiento total o parcial respecto al resto, lo que se conoce como amnesia asimétrica-.

A partir de ahora, la Dra. Wilbur se encargará de tratar el caso perfectamente identificado como trastorno múltiple de personalidad –TID-. Durante este proceso, que finalmente confiesa haber durado 11 años, observaremos las distintas disociaciones, amnesias retrógradas –Sybil no recuerda el trauma infantil que vivió a manos de su madre, causa del desarrollo del trastorno como vía de supervivencia al recuerdo tan duro y difícil de gestionar para ella-, y anterógradas, como las mencionadas arribas que sufre la protagonista ante factores estresantes o motivantes de su presente, por ejemplo, el salto de personalidad que se produce ante el contacto con el vecino de Sybil, Richard. El vecino representa la historia de amor, el contacto con el ser humano y la relación con los demás a la que tanto teme, por lo que en su rescate aparece la personalidad de Vanessa –una niña que sueña con ser pianista, alegre, confiada y presumida, que tiene conocimiento de Sybil y siente sus sensaciones-. También se produce la disociación con la personalidad de Vicky –una chica de 18 años, de

origen francés, segura de sí misma, extrovertida y elegante, con amplias aptitudes sociales, de saber estar y amplia sabiduría, que siente pena de Sybil por su debilidad y torpeza. Esta identidad tiene conocimiento de todas las demás, de sus vivencias y recuerdos. Además, se presenta como la personalidad salvadora en situaciones críticas, ejemplo de ello se muestra cuando Sybil, bajo el control de la identidad de Marsha –triste, deprimida y fuertemente obsesionada con el suicidio ya que encarna los sentimientos de culpa de Sybil por querer muerta a su madre-, intenta quitarse la vida, hecho que no ocurre gracias a Vicky pues llama a la psiquiatra para que lo evite. Asimismo, ante los colores verde o morado, la figura de los paraguas, los paños de cocina, el sonido metálico o el olor a desinfectante se produce la disociación en Peggy, pues todos ellos evocan *flashbacks* a la reexperimentación del pasado traumático. Incluso la propia Navidad, como una época triste para ella, hace surgir a la identidad de Mary –una niña con edad avanzada, cojera, voz temblorosa, cariñosa, educada y perfecta ama de casa que representa la imagen y el recuerdo de su abuela, a quien Sybil quería mucho y cuya pérdida supuso un gran dolor-.

Vía psicoanálisis e hipnosis, la Dra. Wilbur avanzará a través de las distintas personalidades, y especialmente de Peggy, por el pasado de Sybil para conocer el hecho traumático que desencadenó la enfermedad, y ayudarla a confrontarlo, porque solo la aceptación de la tragedia será lo que ayude a aunar todas las personalidades en la identidad primaria. Así, tras la sesión previa a la partida de la doctora a una conferencia y la negación por parte de la protagonista de su enfermedad –hecho que la doctora explica como una unión de todas las identidades para proteger a Sybil de la verdad-, observamos el desarrollo de las pesquisas por parte de la primera en el pueblo natal de su paciente, las conversaciones con su doctor y su padre. A raíz de las mismas, descubriremos que la madre de Sybil tenía diagnosticada esquizofrenia paranoica, la cual nunca fue tratada ante la negativa de su padre de aceptar dicho diagnóstico dado por un psiquiatra –figura que la iglesia tradicional negaba como profesional de la mente-. Hecho que nos lleva a descubrir de igual forma que, debido a esta falta de tratamiento, su madre le agredía durante su infancia, y prueba de ello es la conversación ante el doctor, quien reconoce haberla tratado por múltiples dolencias –laringe fracturada, episodio que sale relatado a través de una pesadilla recurrente que viven todas las personalidades donde un gato aparece degollado; quemaduras en las manos, infecciones de orina muy poco comunes, lesiones en la vagina, etc.- que nunca fueron alertadas ante la policía. Esta falta de apoyo social en la infancia –por parte de su doctor quien observa impasible las lesiones, y por su padre quien cree sin ninguna duda las explicaciones de su mujer sobre el origen de las lesiones de su hija- viene representada en el presente por el temor que Sybil tiene al contacto con los demás, y por el miedo que siente Peggy a la gente.

Tras esto, la Dra. Wilbur confronta los hechos ante Sybil quien tras observar que todo lo que había transcurrido en las sesiones era puramente verdad, acepta confrontar sus vivencias traumáticas vía hipnosis con la ayuda de Peggy. Exitosamente, el recuerdo traumático se reproduce y nos revela la vivencia que Sybil sufrió a manos de su madre, durante numerosas ocasiones, en la cocina verde de su casa –de ahí el miedo absoluto al color verde- donde, tras atarle de manos, y sujetándole las piernas a la bombilla del techo en posición abierta, le lesiona la vagina con cuchillos y abotonadores de calzado –estos últimos tienen forma de paraguas, de ahí la fobia presente a los mismos-. Después, le introduce gran cantidad de agua vía vaginal, obligándola a retener la misma, mientras queda atada a los pies de un piano de cola hasta que su madre acaba de tocar las diversas sinfonías de autores clásicos como Mozart –ante este hecho, para preservar el buen recuerdo de la música desarrolla la personalidad de Vanessa-.

Al acabar de revivir esta experiencia vía Peggy, Sybil de repente recuerda todo el trauma y es capaz de asumir todos los sentimientos de dolor, angustia, enfado que estos

provocaron en su infancia y que en ese momento no fue capaz de asumir, llegando a no sentir culpa por el odio sentido hacia su madre. Este hecho -la aceptación y pedida de perdón a sí misma- es lo que consigue, finalmente, unir a todas las personalidades secundarias –Peggy, Vicky, Mary, Vanessa, Marsha, Nancy, Ruthie, Clara, Ellen, Margie, Mike, Sid- en la identidad primaria. A partir de aquí, Sybil lleva una vida completamente normal –pronóstico que refleja el alto grado de curación del TID- mudándose a un pequeño pueblo y siendo maestra de arte, sueño que siempre quiso.

Figura 2. Sally Field en el papel de Vicky.

Figura 3. Sally Field en el papel de Sybil.

Figura 4. Sally Field en la identidad de Vanessa, y Bard David como Richard.

2. Análisis del TID en la película *El club de la lucha* (1999)

El club de la lucha (1999) es una película dirigida por David Fincher, bajo el guión de Jim Ulhs, la cual está basada en el *best-seller* de Chuck Palahniuk publicado en 1996. Tal como indicamos más arriba, a lo largo del análisis pondremos énfasis en mostrar cómo a veces el cine ante la dificultad de presentar las identidades secundarias del TID, puede llegar a confundir éste con la esquizofrenia, aunque sabiamente el director a lo largo del cortometraje lleva muy sutilmente a descatalogar esta segunda enfermedad, tal como mostraremos. Asimismo, la película es prueba de la vinculación entre el TID y la violencia, aunque sí que es cierto que la intención inicial de Fincher no era la de crear este estereotipo, sino la de presentar este terrorismo/violencia como una lucha contra el sistema capitalista y globalizado en el que se desarrolla la misma, línea que también mantiene la película *V de Vendetta* (2005) aunque ésta no refleje a un personaje con nuestro trastorno.

Figura 5. Cartel de la película *El club de la lucha*.

Director: David Flincher

Reparto de personajes principales

Jack: Edward Norton

Tyler Durden: Brad Pritt

Marla Singer: Helena Bonham Carter

Robert Paulson: Meat Loaf

Richard Chesler: Zach Greiner

La película toma inicio en una parte clave del final donde se nos muestra a dos personajes, *a priori*, distintos. Uno se encuentra atado en una silla siendo apuntado con una pistola en la cabeza por el otro, quien se muestra amenazador, violento y enfadado. Por la conversación que tienen entre ellos se observa que ya se conocen de mucho antes. Por ejemplo, el personaje amenazador –Tyler- le dice "mira todo lo que hemos conseguido". Tras esto, la película vuelve hacia el pasado para explicarnos paso a paso cómo ambos personajes han llegado ahí.

El protagonista principal, Jack, -cuyo nombre no se desvela en toda la película como forma de no humanizar al personaje para que el público no cree la idea de que existen dos personas independientes- se presenta como un ser humano sumido en la rutina del mundo capitalista, material y globalizado, donde toda su vida gira en torno al estrés y carga laboral -trabaja para una empresa de automóviles-. Es sumiso, callado y conformista, pues no es capaz de sobreponer sus intereses a los ajenos, ni imponer sus propios límites; además vive constantemente por y para la adquisición de elementos materialistas como una vía de escape hacia una felicidad fingida. Vera (2006) lo denomina *yuppie* o ciudadano medio norteamericano, inmerso en la espiral de consumo y en la cotidianidad que aniquila toda posibilidad de ser feliz o libre. Poco a poco, Jack se ve cada vez más sumido en el estrés laboral, en una espiral donde su vida no tiene ningún sentido, lo que le genera un trastorno en el sueño –afirma llevar seis meses sin dormir, lo que muestra en este caso a diferencia de *Sybil* que el factor desencadenante del TID no es un episodio traumático, sino estresante, unido a la comorbilidad con la falta de descanso nocturno-.

Para intentar solucionar el problema, Jack acude a grupos de autoayuda de diversa naturaleza –cáncer de testículos, alcohólicos anónimos, enfermedades mentales, etc.- donde parece encontrar una cura, ya que la desgracia y sufrimiento ajeno le otorgan una vía de escape ante su propia vida frustrada. Esto representa un punto de frenada para la aparición de la identidad de Tyler, a quien se ha podido ver anteriormente, si se observa atentamente, durante milésimas de segundo en escenas previas como un borrón de color rojo –primer guiño hacia el TID-. El problema viene cuando aparece en estos grupos Marla Singer, quien representa la usurpación de lo único que ayuda al protagonista a liberarse de su vida cotidiana y sin sentido. Este hecho, hace que Jack vuelva a tener insomnio, viéndose otra vez perdido en un trabajo estresante, que no le deja vivir para algo más que no sea él, viajando a todas horas, sin poder acogerse a un horario estable, lo que todo junto acaba por explotar y llevarle de cabeza a la aparición definitiva de su TID cuando a la vuelta de un viaje le notifican que su casa ha explotado. Aquí, es cuando por vez primera Jack se disocia en Tyler a través de una llamada telefónica vía cabina pública –se está produciendo una alucinación acústica, donde Jack cree estar hablando con otra persona diferente, Tyler, cuando realmente es él mismo hablando entre su yo primario y su identidad secundaria, situación conocida como co-conciencia-. Mencionar que Jack conoce a su *alter ego* previamente en el vuelo de vuelta a casa, pues se le presenta como su compañero de asiento, y donde para evitar que se piense que son personajes distintos se introduce el guiño a la tenencia de idéntico maletín.

Tyler es la identidad antagonista de Jack, se muestra como una persona viva, apasionada, analítica e inteligente, retadora, antisistema y antimaterialista, con vestimentas coloridas y llamativas, al contrario que las de Jack que destacan por su sobriedad y grises. Se presenta como el grito de libertad y lucha que el yo primario no puede ser, busca romper con los esquemas sociales pero no desde el pacifismo, sino desde la lucha activa y la violencia. Objetivo que vendrá a alcanzar a través de la formación del "club de la lucha", un club donde los hombres con ansias de libertad encuentran este fin a través de las peleas entre ellos mismos, conformándose entre todos, poco a poco, un vínculo inquebrantable que les llevará a

unirse como un ejército al servicio de Tyler-el propio Jack-, para atentar contra el sistema capitalista y materialista.

A partir de este momento, la película irá mostrándonos la ampliación del club de la lucha, los planes para enfrentarse contra el sistema: atracos, provocación de peleas con ajenos, ruptura de obras de arte representativas del materialismo, para llegar finalmente a la destrucción de varios edificios de la ciudad mediante la activación sincronizada de bombas caseras, operación llamada *Proyecto Mayhem.* Durante estos episodios iremos conociendo cada vez más a los dos protagonistas –Tyler y Jack-, pero en muchas ocasiones aparecerán a la vez en la misma escena, hecho que en el TID no puede darse puesto que éste tiene base en un desdoblamiento interno de la personalidad; y, de aceptar la idea de ambas identidades coexistiendo y actuando a la vez, solo podríamos tener dos opciones: que fueran personajes distintos o que se tratara de una esquizofrenia. Para evitarlo, como señalamos, debemos estar atentos a los detalles que van dejándose caer a lo largo de la película y que obligan a pensar que solo existe una única persona, donde Jack es la identidad primaria, y Tyler la identidad en la que se disocia.

Ejemplo de estos guiños al TID serían los siguientes:

1. Jack comparte con Tyler no solo el maletín, sino también vivencias pasadas. Ambos tienen una mala relación con su padre, estudiaron en la universidad para demostrarle que podían hacer algo con sus vidas, no se han casado ni planean hacerlo, etc.

2. Cuando Jack acude a la consulta del médico para curarse una ceja rota, tras una pelea en el club, se le escucha decir en voz en off "a veces Tyler habla por mí". Tras lo cual se le oyen a Tyler desde un segundo plano borroso unas palabras, que al instante Jack repite. Aquí, se produce realmente una alucinación acústica, donde para evitar pensar que existen dos personajes distintos en la misma sala se utiliza el recurso de la imagen borrosa –se usará en otros casos-.

3. Tras la primera visita de Marla a la casa de Jack y Tyler –centro operativo de todos los movimientos contra el sistema- el espectador cree que es Tyler, como personaje autónomo, quien ha mantenido relaciones sexuales con Marla, pero existen guiños que muestran la disociación. Jack se despierta a la mañana siguiente al encuentro sexual habiendo soñado con Marla en ese contexto, imagen que muestra que ambas identidades conocen de las vivencias de la otra. Asimismo, cuando la protagonista femenina acude al encuentro de Jack este parece olvidar qué hace en su casa, a lo que ella reacciona de manera desconcertante no queriendo saber nada de él por no acordarse de ella –nos obliga a ver que fue él quien tuvo realmente relaciones sexuales, pero bajo la identidad de Tyler-.

4. También encontramos una escena donde, haciendo en la casa jabones, Tyler aparece quemándole la mano a Jack para provocarle una cicatriz en su mano derecha. Aquí el espectador puede pensar otra vez que nos encontramos antes dos personajes distintos, pero realmente nos encontramos de nuevo con una disociación, donde Tyler se manifiesta como alucinación acústica en Jack, identidad que en ese momento controla el cuerpo, para con ello obligarle a quemarse a sí mismo –co-conciencia-. Teoría que se corrobora cuando la identidad secundaria le enseña la misma cicatriz, en la misma mano.

5. En otra conversación entre Jack y Marla, éste le pregunta qué fin existe en la alianza entre el débil y el fuerte, a la que ella responde que es una pregunta a la que debería darle él respuesta. Aquí, la protagonista –conocedora de que él padece una enfermedad mental- intenta confrontarle con la realidad, para que admita su otra identidad. Ante

esto, Tyler aparece como alucinación acústica para frenar y poner fin a la conversación. Desde este momento, la identidad secundaria ve en Marla un impedimento para hacerse con el control total del cuerpo y mente de Jack puesto que éste está enamorado de ella y es lo único que le vincula al hecho de querer seguir existiendo. Por ello, Tyler poco a poco irá alejándole más de estar consciente en sus disociaciones, agudizándose las amnesias disociativas.

6. Durante la escena en la que aparecen ambas identidades dentro de un coche, se observa a Tyler –vía alucinación acústica, aun estando presente en la escena a través de Brad Pitt- obligando a Jack a asumir las riendas de su vida, luchando contra el miedo a la muerte y a la nada. Cuando por fin se decide a luchar contra ello, se ve cómo el coche no es dirigido por nadie, quedando el volante vació, la identidad de Tyler borrosa como piloto y Jack como copiloto. Antes de ello, se aprecia que el coche está siendo dirigido por la identidad de Jack, ya que cuando no son sus manos las que agarran el volante, nadie lo hace –Tyler y Jack son la misma persona con identidades disociadas-.

Tras este episodio del vehículo, la identidad secundaria desaparece, hasta que la muerte de Bob –amigo de Jack que había conocido durante las charlas en el grupo de autoayuda para pacientes con cáncer de testículos- le abre los ojos respecto al ejército terrorista que había creado disociado en Tyler. Esto le mueve a buscar de forma desenfrenada a Tyler, lo que le lleva finalmente a descubrir que no existe como persona, sino que es él. El hecho revelador de esta múltiple personalidad lo encontramos en la conversación que Jack tiene con el dueño de un bar, miembro del club, quien le reconoce que el jefe de toda la operación –al que todos llaman señor y que en ocasiones previas vemos cómo se le identifica a la identidad primaria con él- es él, que él es Tyler Durden. Aquí, el director revela mediante *flashbacks* todas las escenas previas en las que habiendo aparecido ambos actores juntos –Brad Pitt y Edward Norton- quedan reflejadas como una verdadera alucinación acústica en favor de la aparición solo del segundo actor.

También, en apoyo a la existencia del TID nos encontramos con las frases que la identidad primaria realiza en voz en off durante toda la película cuando habla de un tal Jack –circunstancia que realmente revela los sentimientos de su yo primario, respecto a su identidad secundaria-. De igual forma, en la búsqueda de Tyler, el protagonista halla varios billetes de avión cuya compra no recuerda –guiño a las fugas disociativas-, pero cuando llega a los lugares siente la extraña sensación de haber estado allí con anterioridad, si bien no como la personalidad de Jack, sino de su *alter ego*.

La película acaba entre la lucha por el control del cuerpo entre las dos identidades, donde finalmente la identidad primaria logra deshacerse de la secundaria disparándose en la cabeza. El espectador puede ver en ese momento a la identidad de Tyler con un agujero que atraviesa su cabeza, desapareciendo en el acto –alucinación visual-; sobreviviendo Jack como única personalidad, y viéndose que realmente no se ha suicidado, sino que la bala atravesó su mandíbula. Acto seguido llega Marla, acompañada por un grupo del ejército perteneciente al club, confesándole a nuestro protagonista que todo irá bien a partir de ese momento.

Resaltar, para finalizar, dos comentarios que hace Vera (2006, pág.400) respecto a la violencia de la película, y a las pistas que el director deja durante la misma. En relación a lo primero indica que, "la violencia del film, criticada por muchos, no es en ningún caso gratuita, sino un reflejo de la necesidad de liberación y ruptura que actúa como una catarsis freudiana, proporcionando a quienes participan en el club de la lucha sensaciones de libertad y seguridad que les son negadas en su mundo cotidiano, donde la violencia se presenta como una forma de terapia aberrante en una sociedad igualmente aberrante". Respecto a lo segundo, indica que "a pesar que el trastorno no es el centro de la película, de hecho solo se manifiesta al final, y es utilizado como un elemento secundario que no forma parte real de la trama, Fincher va introduciendo a lo largo de la cinta diferentes pistas –a las que hemos hecho alusión- que llevarán al espectador entrenado y enterado de estos temas a atar cabos".

Figura 6. Primera co-conciencia de Tyler sobre la identidad de Jack haciendo jabones.

Figura 7. Jack tras vencer a la identidad de Tyler junto a Marla.

Figura 8. Jack confrontando la realidad de su *alter ego* tras descubrir que son la misma persona.

CAPÍTULO 4. LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL TID EN EL ÁMBITO JURÍDICO.

Hasta ahora hemos analizado la enfermedad mental, centrándonos sobre todo en el TID, desde diversas áreas. Nuestro objetivo es la aproximación a esta realidad para comprenderla de manera íntegra. Pero si se quiere alcanzar esta meta es necesario poner sobre la mesa una última carta.

Queremos con este capítulo final mostrar la presencia de la enfermedad mental en el mundo jurídico, con vistas a confrontar las cifras que los medios de comunicación tienden a mostrar respecto a los casos que llegan a los tribunales españoles, cuando realmente dicha repercusión judicial es menor que la sugerida en el mundo cinematográfico, en la prensa, televisión, radio, etc. En palabras de Leal (2011, pág. 5),

> "el problema no es que los sujetos que padecen esquizofrenia sean más agresivos o cometan más delitos graves que otros individuos ajenos a la excepción de normalidad que les preside, sino que el modo en que se originan dichos hechos y la alarma social que producen por lo estridente y dramático que resulta su acción, o por lo inesperada y sorpresiva que es, no solo para el propio enfermo sino para el resto de personas de su entorno que no se esperan esa reacción trágica y violenta sin sentido racional alguno, hacen de ellos el foco constante de atención".

Estas palabras dedicadas a la esquizofrenia, siendo ésta considerada la enfermedad mental icono en la locura, deben extenderse por analogía al resto de trastornos puesto que todos ellos, como vimos anteriormente son o pueden ser objeto de estigmatización mediática.

Para ello, nos centraremos brevemente en presentar cómo la enfermedad mental está siendo abarcada en nuestro CP de 1995, realizando una breve introducción teórica del tema, facilitando con ello una mayor comprensión del capítulo respecto a su último punto. Este punto final vendrá a recoger un pequeño análisis jurisprudencial de la prevalencia de las enfermedades mentales respecto a los delitos más graves o con mayor repercusión social –agresiones y/o abusos sexuales, delitos de tráfico de drogas, y los delitos contra la vida y/o integridad física de las personas-. Pero es de obligada responsabilidad advertir previamente que, dada la limitación espacio-temporal, no podremos indagar mucho en este objetivo, por lo que para abarcarlo en la medida de lo posible nos serviremos de estudios ya realizados al respecto y de nuestra jurisprudencia en relación al TID.

Antes de comenzar resaltar que, a día de hoy, existen profesionales del ámbito penal que alzan su grito de crítica ante la situación de la inclusión del enfermo mental como persona penalmente responsable, de concurrir los requisitos, bajo la normativa del CP. Estos expertos reivindican la especial situación de la que parten estas personas en relación a sus aptitudes cognitivas y volitivas, exigiendo con ello que el modelo legal deba adaptarse a las mismas, no a través de reducciones o eximentes de responsabilidad penal, sino a través de la creación de una adecuada legislación; como ocurre por ejemplo en el caso de los menores de dieciocho años pero mayores de dieciséis, donde entendiendo que sus capacidades cognitivas y volitivas no llegan al nivel de los adultos mayores de dieciocho, quedan excluidos del CP contando con su propia legislación. Así, en palabras de Leal (2011, pág. 1) -respecto al porqué de esta crítica–,

> "la razón hay que buscarla en el hecho de que estamos ante personas irresponsables que merecen más la aplicación de un tratamiento terapéutico o curativo, ya sea en régimen cerrado o abierto, que una pena retributiva orientada a su rehabilitación social y, por tanto, por estar en presencia más de fines asistenciales y sanitarios que penales, deberían estar incardinadas en el ámbito de lo civil, o sometidas al régimen público

> administrativo y la revisión por la jurisdicción contenciosa de los actos de tipo médico-psiquiátrico producidos. Hubiera sido suficiente con la invocación de los principios de mínima intervención o de *ultima ratio* que se predican del derecho penal, para que el legislador del actual texto del 95, al establecer los límites de lo punible, alejara los casos de inimputabilidad del campo de lo punitivo, pero razones de política criminal le llevaron a establecer lo contrario".

Recordar nuevamente que, como veremos en el análisis jurisprudencial, la mayoría de personas que comenten algún delito de gravedad o no y que presentan algún trastorno mental representan una mínima parte de dicha población; y que en todas las ocasiones donde ocurre una actividad delictiva, ésta viene desencadenada ya sea por una comorbilidad con otros trastornos –donde el más común es la adicción a sustancias estupefacientes-, o bien por un abandono en el tratamiento de la misma; quedando excluidos del mundo judicial todos aquellos con tratamientos controlados y regulados, que en cifras absolutas representan a la amplia mayoría.

I. LA INIMPUTABILIDAD PENAL: CONCEPTO Y CAUSAS.

Desde siempre, el trato de la imputabilidad ha quedado dividido en dos sectores amplios. El primero de ellos, que defendía la imputabilidad como un presupuesto necesario anterior a la culpabilidad penal; y el segundo que, frente a este sector, se alza criticando esta idea y afirmando que la imputabilidad no es un elemento previo a la culpabilidad, sino que aquélla viene integrada e incluida en esta última.

El Derecho Penal español es partidario de esta última doctrina, coincidente con la mayoritaria en Alemania, y por tanto en la teoría general del delito la imputabilidad sería un factor a tener en cuenta en el momento de valorar la culpabilidad de un sujeto respecto a su responsabilidad penal, tras la apreciación de la antijuridicidad de su conducta realizada. Cabe preguntarse, en primer lugar, ¿qué debe entenderse por culpabilidad? Por este término debemos advertir aquellas circunstancias personales del sujeto susceptibles de ser reprochables penalmente, esto es, en este nivel ya ha quedado fuera de interés demostrar o analizar que el hecho cometido es realmente un delito –antijuridicidad del acto-, para centrarse en las características personales que han rodeado el momento de la actuación en relación a sus capacidades cognitivas y volitivas para entender la antijuridicidad del hecho.

Blanco (2019) indica que los factores a tener en cuenta dentro de esta culpabilidad son cuatro:

1. Analizar el reproche de culpabilidad del sujeto.

2. Demostrar la existencia de conciencia de antijuridicidad en la conducta, donde su ausencia integraría el error de prohibición vencible o invencible del artículo 14 CP, esto es, que el sujeto cuando actuó crea que realiza algo dentro de la legalidad, cuando la realidad es todo lo contrario.

3. Observar los elementos de culpabilidad propios de cada tipo penal concreto.

4. Determinar si la conducta del sujeto tiene origen en circunstancias que puedan eximirle de todo reproche penal atendiendo a la naturaleza de las mismas, por entenderlas socialmente aceptables, esto es, por su posible situación de normalidad. Aquí encontraríamos actuaciones cometidas bajo un *miedo insuperable*, por ejemplo las mulas utilizadas en el paso entre fronteras de sustancias estupefacientes, donde dichas personas actúan bajo coacciones y amenazas de muerte contra ellas mismas o sus familiares.

Como hemos dicho la imputabilidad es parte del elemento de culpabilidad penal, pero ¿qué se entiende por imputabilidad? Nuestro CP no incluye un concepto propio, sino que nos da una descripción del mismo a través de la exclusión, esto es, toda persona que no sea inimputable será responsable penalmente y, por tanto, podrá imputársele la correspondiente pena. Es en su Libro I, Título I, Capítulo II *de las causas que eximen de la responsabilidad criminal* donde en su artículo 20.1 se establece que "están exentos de responsabilidad criminal los que al tiempo de cometer la infracción penal no pudieran comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión". Vemos cómo dos son los requisitos para declarar a alguien inimputable: 1. que no tenga capacidad cognitiva para entender la ilicitud de la norma y/o 2. que no puedan controlar sus impulsos volitivos respecto a la actuación de dicha comprensión. Como resultado, tal como indica Blanco (2019), entendemos la imputabilidad como aquella doble capacidad del sujeto para, por un lado, comprender la ilicitud del hecho determinada por la norma, y por otro, actuar conforme a dicha comprensión.

Por último, dentro de las causas que pueden dar origen a una situación de inimputabilidad penal encontramos las siguientes:

1. La minoría de edad, aunque se debe tener en cuenta que los menores de entre dieciséis y dieciocho años podrán ser responsables penalmente en atención a su propia legislación.

2. Las personas que sufran una anomalía o alteración psíquica.

3. Las que actúen bajo influencia del alcohol u otras sustancias estupefacientes, siempre que se hallen bajo los efectos de una intoxicación plena, sin que haya sido buscada propiamente.

4. Los que tengan alterada su propia percepción de la realidad desde nacimiento o infancia, y se produzca una grave alteración en la conciencia de la misma.

5. Todos aquellos que actúen bajo legítima defensa, estado de necesidad o cumplimiento de deber, cargo u oficio, siempre que se cumplan los requisitos exigidos normativamente en el propio CP.

De entre todos ellos, y dado que el trabajo se centra en la enfermedad mental analizaremos brevemente los requisitos exigidos solo en relación al mismo.

1. La enfermedad mental como causa de inimputabilidad.

Con el CP de 1973, en su artículo 8.1, se exigía para reconocer la inimputabilidad a un sujeto la existencia, por un lado, de una enajenación y, por otro, de una completa y absoluta privación de aptitud cognitiva y volitiva –rozando el borde del estado vegetativo-. A la entrada del actual y vigente CP del 95 se produjo un considerable y rotundo cambio de exigencias respecto a esta materia. Así, como avanzamos antes, el artículo 20.1 CP exige para la apreciación en casos de enfermedad mental que el sujeto cumpla dos requisitos en atención a la teoría mixta que le da origen: uno médico-biológico, y otro psico-normativo. El problema principal con este cambio de visión es que, aún hoy en día, una parte mínima de nuestra jurisprudencia tradicional sigue amparándose en la versión anterior del CP, lo que en opinión de Blanco (2000, pág. 99)

> "es una interpretación errónea por extralegal, ya que el artículo en comentario en ningún momento exige, conforme a su propio texto, los estados cuasivegetativos o de plena y absoluta inconsciencia. Sencillamente la ley habla de que el sujeto, a consecuencia de la anomalía o alteración, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, y para ello no se necesita llegar al extremo de un estado puramente vegetativo o inconsciente".

Respecto al requisito médico-biológico, el nuevo CP ha introducido un cambio que, aun pareciendo sutil, genera gran repercusión. Nos referimos a la modificación de enajenación por "alteración o anomalía psíquica" ya que, como reconoce Fonseca (2009, pág. 262), "esto configura un marco legal mucho más amplio y comprensivo, al permitir incluir en el mismo a los trastornos de la personalidad" –como por ejemplo la psicopatía-, entre otros, que con el CP anterior quedaban totalmente excluidos no solo de la posible eximente penal, sino de su posible apreciación como semieximente o atenuante penal. Esto ve su reflejo al atender al significado de cada palabra, puesto que anomalía psíquica hace referencia a una enfermedad de origen patológico que afecta a la mente del sujeto; mientras que la alteración psíquica engloba todas aquellas afecciones de la mente del sujeto cuyo origen no tienen causa patológica, sino que vienen explicadas por estímulos externos de intensidad y efectos considerables –como sería el caso de nuestro TID-.

En relación al segundo elemento, se exige un doble requerimiento. Por un lado, que el sujeto no sea capaz de entender la ilicitud del hecho, esto es, la antijuridicidad del mismo; y por otro, que no sea capaz de amoldar su voluntad al sentido de la norma. Se entiende con ello que las capacidades cognitivas y/o volitivas estén alteradas, pues no se exige la concurrencia de ambas sino que basta la existencia de una sola. Además, es necesario y de vital importancia que exista una relación de causalidad entre ambos requisitos, esto es, que la afección en las capacidades del sujeto sea efecto directo de su alteración o anomalía.

Por último, mencionar que existen tres posibilidades a la hora de abordar la pena a imponer a un sujeto con enfermedad mental diagnosticada:

1. Que se le aplique la eximente completa del artículo 20.1 CP, cuando concurran de forma íntegra los requisitos explicados de la teoría mixta, cuya consecuencia directa es la irresponsabilidad penal.

2. Que se le aplique la eximente incompleta del artículo 21.1 CP, cuando las capacidades intelectivas y volitivas se hallen afectadas pero no en la medida que se exige en el caso anterior, donde el sujeto será penalmente responsable pero se le aplicará una reducción en su condena tal como recoge el artículo 68 CP –reducción en uno o dos grados-.

3. Que se le aplique la atenuante analógica del artículo 21.7 CP, cuando exista una mínima afección en las capacidades pero estas no estén afectadas en un grado mínimo considerable como para aplicarle alguna de las medidas anteriores. En este caso, se le aplicará la reducción correspondiente al artículo 66 CP –pena en su mitad inferior-.

Finalmente, en los dos primeros casos el juez podrá, bajo propio criterio, aplicar alguna de las medidas de seguridad recogidas en el CP. La base para su aplicación se halla en la peligrosidad existente que tenga el sujeto para delinquir en un futuro, y solo durante el tiempo que se estime necesario. Para los supuesto de eximente completa el juez podrá aplicar alguna de las medidas privativas de libertad del artículo 101 CP –siendo la más usada el internamiento en centros psiquiátricos-, y asimismo alguna de las medidas no privativas del artículo 105 CP –libertad vigilada, privación del derecho a la tenencia y porte de armas, privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotor, entre otras-; mientras que para el caso de la semieximente solo podrá aplicar las medidas reguladas en los artículos 104 y 105 CP.

Es necesario recordar que las medidas de seguridad no podrán durar más tiempo de aquel que dure la pena correspondiente al delito por el que se juzga, y que toda persona exenta o no de responsabilidad penal seguirá siendo responsable civilmente por los daños y perjuicios causados a la víctima. Además, en los casos de eximente completa el CP establece

en su disposición adicional primera que el Ministerio Fiscal deberá, si fuera necesario, incoar ante la jurisdicción civil el proceso para declarar incapaz a la persona.

II. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL DEL TID COMO CIRCUNSTANCIA MODIFICATIVA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL.

En este apartado intentaremos dar una aproximación del peso jurisprudencial del TID. Para ello nos serviremos del análisis realizado por Marín, Dujo y González (2013), y por último, mostraremos el trato que nuestros jueces han dado a este trastorno en la realidad penal.

Para esta pesquisa, los autores utilizaron una muestra de cincuenta y un sentencias donde se mencionara el TID, las cuales pertenecían a diversas Audiencias Provinciales (44), Tribunal Supremo (3), Audiencia Nacional (2) y Tribunal Superior de Justicia (2).

Este análisis se centra principalmente en estudiar la conexión entre el TID y ciertas variables de interés, a nombrar: perfil victimario, resoluciones judiciales y tipo de medida aplicada, afectación a la cognición y volición del autor, TID y comorbilidad con otras enfermedades y la tipología penal correspondiente.

Respecto a la primera variable –perfil victimario-, la investigación arrojó un resultado llamativo. El 52,94% de las víctimas tenían algún tipo de relación –familiar, sentimental u análoga, o de otro tipo- con su agresor, quedando un 19,60% de víctimas que no conocían a sus agresores y un 27,45% donde esta variable no resultaba procedente en relación al delito perpetrado –en la mayoría de casos delitos de orden socioeconómico o contra la seguridad colectiva-.

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

Tabla 1. Perfil del victimario. Marín *et al.* (2013, pág. 89).

En cuanto a la segunda característica de estudio, se observa que en los tribunales la amplia mayoría de jueces dictaminó la atenuante del artículo 21.7 CP como principal circunstancia modificativa de la responsabilidad en un 35,30% de los casos. Respecto al uso de la eximente, tanto completa como incompleta, ambas arrojaron un 23,53% de uso, quedando un 15,68% de sentencias donde se condenara al sujeto sin aplicar ningún tipo de circunstancia modificativa. El 1,96% restante queda englobado según los autores en otro tipo de resoluciones. Además, destaca la poca aplicación de medidas de seguridad donde en un 60% de las sentencias totales analizadas no constaba ningún tipo de mención a las mismas, y de entre las que sí lo hacían, era sorprendente la baja tendencia a la aplicación de internamientos en centros psiquiátricos o ambulatorios donde se recoge un 20% de implementación en cada 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

Tabla 2. Resoluciones judiciales y tipo de medida. Marín *et al.* (2013, pág. 90).

En relación a las características personales del propio sujeto –capacidad cognitiva y capacidad volitiva-, el resultado de la pesquisa demostró que en un 43,13 % de las sentencias los sujetos presentaba un afección en ambas aptitudes, seguida de una afectación parcial de las mismas con un 23,53%, dentro del cual el 83,33% quedaba englobado en la afección a la capacidad volitiva, y quedando un 13,72% para las sentencias que representan la anulación plena de las facultades y un 11,76% de no afección.

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 especifica (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

Tabla 3. Psicopatología y relación con el delito. Marín *et al,* (2013, pág. 91).

La variable correspondiente a la comorbilidad del TID con otros trastornos muestra, tras el estudio, que en la mayoría de sentencias el trastorno de TID se presentaba con autonomía propia (70,58%), quedando solo un 29,41% de casos en los que este tipo de patología estuviera presente como síntoma de otra enfermedad. En cuanto a su comorbilidad, se refleja un total de 25,86% de casos donde el TID estaba unido a trastornos del Eje I del antiguo DSM-IV –retraso mental leve/borderline/inteligencia baja-; seguido con un 40% del trastorno adaptativo mixto y la depresión con un 26,67%. Finalmente, los trastornos relativos al Eje II del antiguo DSM-IV reflejaban un 15,51% y las enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias estupefacientes presentaban una comorbilidad del 12,06%.

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%

Leyenda: 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

Tabla 4. Delimitación conceptual clínica y comorbilidad. Marín *et al.* (2013, pág. 92).

Por último, en relación a los delitos perpetuados, predominan los delitos con un 96,05% frente a las faltas –hoy delitos leves- con un 3,96%. En atención al tipo de delito concreto, cabe señalar que los que mayor porcentaje ocupan son los delitos de homicidio y asesinato con un 38,35% del total, seguido de los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (15,06%), y los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, contra la seguridad colectiva y contra el orden público representando todos ellos un total de 10,95% de las sentencias totales. Respecto a los delitos menos frecuentes, destacan por orden de más a menos los delitos de lesiones (8,21%), de falsedad documental (4,11%), contra la administración de justicia y contra la inviolabilidad del domicilio ambos con un 2,73%.

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

Tabla 5. Tipología penal. Marín *et al.* (2013, pág. 93).

Por tanto, del estudio que realizan los autores puede observarse una presencia del TID en el ámbito penal, ya sea por sí solo o en relación con otro tipo de enfermedades mentales, y donde en la mayoría de casos los tribunales han optado por disminuir la responsabilidad penal de los sujetos, si bien es cierto que la exención total de la misma no era contemplada en muchos casos. Decir también que no existe un único delito perpetrado por las personas que sufren este trastorno, sino que como se ha visto existen varias tipologías reseñadas.

Es importante mencionar que para comprender realmente la incidencia del TID respecto a su vinculación violenta/delictiva es necesario analizar la relación entre el delito perpetrado y la causa que llevó a su autor a delinquir, puesto que si no las cifras absolutas que muestran esta clase de estudios quedan vacías de contenido y pueden llevar a mantener la estigmatización en torno a esta enfermedad.

Por ello, en vistas a evitar que el lector pueda quedarse con esa asociación analizaremos varias sentencias de nuestra jurisprudencia donde se haya juzgado a personas con TID centrándonos en relatar los hechos acaecidos y la pena resultante a los mismos.

La sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid nº 39/2018, de 24 de enero, resuelve el consiguiente recurso de apelación donde se dan por hechos probados los siguientes. El 6 de agosto de 2016 en la localidad de Guadarrama, sobre las 8.30 horas, el acusado Guillermo se encontraba en vía pública hablando con el conductor de un vehículo a motor que se encontraba obstaculizando la vía. Ante esta situación, Maximiliano –agente de la Guardia Civil fuera de servicio- les recriminó tal conducta al afectar a su circulación, de pronto y sin causa aparente el acusado, que le había reconocido como agente, se dirigió contra él en actitud agresiva. De estos hechos se ocasionaron daños en el vehículo del agente por valor de 190,70 euros y lesiones de carácter leve. El tribunal de primera instancia condenó por estos hechos a Guillermo como autor de un delito leve de lesiones y un delito leve de daños, sin circunstancia modificativa alguna.

Ante esta resolución, su abogado defensor interpuso recurso de apelación alegando falta de apreciación de la prueba por haber actuado su cliente bajo los síntomas de un TID y

en estado de embriaguez. El informe médico forense presentado explica que el sujeto sufre un trastorno disociativo y consumo perjudicial de cannabis, sin seguir en la actualidad ningún tipo de tratamiento psiquiátrico ni seguimiento. Finalmente, el tribunal resuelve diciendo que de la prueba practicada en juicio oral no cabe la apreciación del estado de embriaguez, pero que el TID podría haber dado lugar a la aplicación de la atenuante analógica del artículo 21.7 CP. Sin embargo, no se aprecia puesto que las penas ya impuestas están en su mínima extensión.

Respecto a la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, nº 512/2018, de 5 de julio, el tribunal resuelve un recurso de apelación donde se dan por hechos probados los siguientes. El nueve de mayo de 2016 en Alcobendas, sobre las 00,30 horas, la acusada Ofelia inició una discusión con su ex pareja, Manuel, al que con intención manifiesta le propinó varios empujones, puñetazos y arañazos, causándole lesiones. Por estos hechos fue condenada por un delito de lesiones en el ámbito doméstico, sin concurrencia de circunstancia modificativa alguna.

Ante esto, su abogado defensor planteo el correspondiente recurso de apelación por falta de apreciación de la prueba al afirmar que su clienta se hallaba en el momento de comisión de los hechos afectada por un TID no especificado, el cual afectaba gravemente a su capacidad volitiva. Asimismo, menciona que fue ingresada pocos días después en un centro psiquiátrico por mandato judicial. Finalmente, el tribunal resuelve estimando parcialmente la petición y reconociendo a Ofelia ser beneficiaria de una eximente incompleta, transformando la pena de prisión en multa pero sin mencionar medidas de seguridad alguna.

Finalmente, la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, nº 541/2018, de 26 de julio resuelve un recurso de apelación donde se dan por hechos probados los siguientes. El día doce de junio de 2015 se hallaba el acusado José Francisco a la espera de que su ex mujer saliera de su domicilio. Cuando ésta abandona la misma junto con sus dos hijas, siendo una de ellas menor de edad, el acusado con intención de infundir temor y enervar la tranquilidad de su mujer comienza a proferirle expresiones tales como “te voy a matar, si te veo con otro”, “vayas donde vayas, estaré detrás de ti”. De tales hechos es condenado por un delito de amenazas sin que concurra circunstancia modificativa alguna.

Ante esta resolución, su abogada impone el debido recurso de apelación por falta de apreciación de la prueba documental aportada en juicio oral. En la misma se alega que el acusado sufría, tal como se recoge en el informe médico forense, una patología grave persistente e irreversible que solo influye en su capacidad volitiva, sin que se vea afectada su capacidad cognitiva. Junto a éste, un segundo informe relata que el acusado sufre TID –antigua histeria-, sin que del mismo se generen verdaderas alucinaciones ni se vea afectada su capacidad para comprender la realidad que le rodea. Que tal patología no le afectó en el momento de cometer los hechos denunciados, pues es perfectamente conocedor de la realidad y de la repercusión de sus actos, pero recalca que el TID puede afectarle notablemente en el ámbito laboral, el cual no tiene importancia para el pronunciamiento penal. Finalmente, el tribunal rechaza la admisión de la petición por parte de su abogada, no reconociendo ninguna eximente o atenuante en relación al TID y confirmando la sentencia recurrida.

Vemos a raíz de estos ejemplos que en los casos donde el TID ha influido en los hechos ha sido bien porque el sujeto no seguía ningún tipo de tratamiento, bien porque existía esta patología en comorbilidad con otras, sobre todo, el consumo de sustancias estupefacientes –que pueden motivar más la actuación delictiva que el propio TID-, o porque realmente la enfermedad mental no tuvo nada que ver en la actuación del sujeto, quedando relegada a una características más de él mismo, como un atributo más de su persona. Además de ser la mayoría de delitos de naturaleza leve.

III. CONCLUSIONES

Haciendo revisión conjunta de todo lo expuesto a lo largo del siguiente trabajo, podemos fácilmente llegar a varias conclusiones respecto a la situación actual de la enfermedad mental y concretamente del TID.

La enfermedad mental en conjunto y el TID siguen siendo, a pesar de los avances en los tratamientos existentes, atributos estigmatizantes. Estos presentan grandes dificultades para quien los sufre a la hora de desarrollar de forma plena su propia vida en cualquier ámbito de la misma: laboral, sentimental, social, profesional, etc.

Los medios de comunicación, en especial, la televisión, la prensa y el mundo cinematográfico, siguen siendo los principales impulsores del mantenimiento de estereotipos violentos y/o criminales en la población con TID diagnosticado. Hecho que se ha mantenido y mantiene a lo largo de los años, a pesar de los avances y críticas realizados al respecto como la Guía de estilo de FEAFES, a la que se hizo alusión anteriormente.

Como resultado de lo anterior, se hace palpable la necesidad de mejorar y controlar la preparación que los periodistas, directores y responsables de medios de comunicación realizan respecto a la información referente a la enfermedad mental y al TID. Para ello se proponen cursos de preparación en el manejo de la información relativa a este trastorno, por profesionales en la materia, con vistas a enseñar cómo mostrar de manera objetiva, clara y completa al enfermo mental en relación a posibles situaciones delictivas, donde se evite de forma rotunda la generación de estereotipos violentos/delictivos que lleven a fomentar el estigma asociado. Asimismo, se propone mostrar de manera más asidua a la persona diagnosticada con TID, u otra enfermedad, como alguien con vida más allá de dicha cualidad, para crear la imagen en la población, que no tenga mayor contacto con este mundo, de que el enfermo mental también puede trabajar, tener una familia, amistades, es decir, desenvolverse en el mundo real como uno más.

En relación al mundo cinematográfico, dado el uso que se hace del TID como recurso guionístico para un mayor margen de actuación, se propone que en todas las películas donde quepa la posibilidad de asociar de manera indebida el TID con estereotipos de violencia y/o criminalidad, así como donde pueda llegar a confundirse la sintomatología de éste con otros trastornos, se realice el pertinente aviso al inicio de la película de tales hechos para poner en antecedentes al espectador de que el visionado que va a producirse no es verídico respecto a lo que ocurre fuera del mismo. Se trataría por tanto de prevenir con tiempo toda posible mala asociación.

Se ha observado también un déficit de control en el ámbito jurídico-penal respecto a la incidencia del enfermo mental con TID en este contexto, no solo desde la perspectiva del delincuente, sino también desde la visión del victimario. Por ello, proponemos que se retome la tarea de realizar estudios anuales donde queden reflejadas ambas visiones, con vistas a poder comparar en cifras absolutas dónde existe mayor prevalencia de este trastorno, si dentro del perfil de autor o del de víctima.

Asimismo, de igual forma sería interesante la llevanza de investigaciones donde el objeto de estudios recaiga en las causas y motivos que llevan al enfermo mental, con o sin TID, a la realización de actos delictivos, en aras a resaltar cuántos de ellos vienen motivados por alguna clase de comorbilidad con otros trastornos como la adicción a sustancias, o por la no llevanza de tratamiento controlado.

Por último, pero no menos importante, hemos observado a lo largo del trabajo que la amplia mayoría de la población no tiene contacto ni conocimiento alguno respecto a la

enfermedad mental en general, ni al TID en particular. Se observa que gran parte de la población toma como referente informativo los medios de comunicación, donde como se ha visto en múltiples ocasiones, actúan como medio estigmatizante. Es por ello que debe hacerse un gran esfuerzo entre todas las administraciones del estado vinculadas a esta materia –ayuntamientos, colegios, asociaciones, entes privados, etc.- para fomentar y desarrollar entre toda la población, la faceta inclusiva del enfermo mental como ser humano "normal", sin ningún tipo de estigma, pues como se vio esta asociación negativa es resultado del lenguaje social normativizado.

Se propone para ello realizar, desde las primeras edades, cursos de educación, concienciación e información sobre la enfermedad mental y el TID, en especial. Para conseguir a través de los mismos la interiorización de esta situación como algo "normal", esto es, como una enfermedad más dentro de la amplia gama que puede padecer una persona a día de hoy. También, junto a ésta, la realización de medios de control informativo en relación a la publicidad, prensa, cine, etc., como se apuntaba anteriormente, para evitar a corto plazo la estereotipación del enfermo mental. Además de, como recomendación final, poner al alcance de aquéllos que sufren de algún tipo de discriminación por este motivo información suficiente respecto a lugares donde poder acudir para recibir apoyo, tratamiento y cualquier otra ayuda que necesiten –económica, psicológica, legal, social, laboral, etc.-.

Recordar, como cierre a este trabajo, que la lucha por la erradicación del estigma en la enfermedad mental es labor y obligación de todos, puesto que el origen del mismo es fruto de nuestra propia conciencia social, de lo que debe entenderse por "persona normal". Por lo que, de no cambiar esta conceptualización y normativización, me temo que estamos abocados a su perpetuación estática por muchos más años, donde de ceder la victoria a este hecho, realmente estaríamos aceptando la pérdida de nuestra propia dignidad como seres humanos.

IV. BIBLIOGRAFÍA

ALMAGRO, A. (2008.). "La construcción sociohistórica de la enfermedad mental: de la locura en la época clásica a la institución total". En González, R.; Lozano, B. y Castien, J. (ed.), *Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el perjuicio y la discriminación* (pp. 142-167). Madrid: Editorial Universitas, S.A.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.* 5ª ed. Buenos aires: Editorial Medica Panamericana.

ARETIO, A. (2010). "Una mirada social al estigma de la enfermedad mental". *Cuadernos de Trabajo Social.* Vol. 23, pp. 289-300. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/cuts1010110289a/7486.

ARNAIZ, A. Y URIARTE, J. (2006). "Estigma y enfermedad mental". *Norte de Salud Mental.* Nº. 26, pp. 49-59. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf.

BLANCO, C. (2000). *La eximente de anomalía o alteración psíquica.* Madrid: Dykinson, S.L.

BLANCO, C. (2019). "La inimputabilidad". Universidad de Sevilla. 11/01/2019. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: http://vlex.com/vid/imputabilidad-246795.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.* Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: https://www.boe.es/diario_boe/.

CABALLO, V.; SALAZAR, I. Y CARROBLES, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

ESPAÑA, AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID (Sección 30ª). Sentencia nº. 39/2018, de 24 de enero de 2018. Recuperada del sitio web: http://vlex.com/vid/719435369.

ESPAÑA, AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID (Sección 17ª). Sentencia nº. 512/2018, de 5 de julio de 2018. Recuperada del sitio web: http://vlex.com/vid/739541345.

ESPAÑA, AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID (Sección 27ª). Sentencia nº. 541/2018, de 26 de julio de 2018. Recuperada del sitio web: http://vlex.com/vid/739616173.

FEAFES. CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (2008). *Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo*. 2ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 8 de enero del 2019 del sitio web: https://consaludmental.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/.

FONSECA, G. (2009). *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal.* Madrid: Dykinson, S.L.

GOFFMAN, E. (2008). *Estigma: la identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

GONZÁLEZ, O. (2009). "Enfermedad mental, estigma y legislación". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 29, nº. 104, pp. 471-478. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web:

http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16165/16022

LEAL, J. (2011). "Derecho penal y enfermedad mental. Un análisis particular del trastorno esquizofrénico. Causas que lo explican y relación de sentido entre brote psicótico y delito". *Diario La Ley*. Nº. 7543, Sección Tribuna, 10/01/2011, pp. 1-10. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: http://laleydigital.laley.es.

LOINAZ, I.; ECHEBURÚA, E. Y IRURETA, M. (2011). "Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta". *Psicología Conductual*. Vol. 19, nº 2, pp. 421-438. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Loinaz-2011.TRASTORNOS-MENTALES.pdf.

LÓPEZ, M.; LAVIANA, M.; FERNÁNDEZ, L.; LÓPEZ, A.; RODRÍGUEZ, A. Y APARICIO, A. (2008). "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 18, nº. 101, pp. 43-83. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web:

http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf.

LOZANO, B., (2008). "El concepto goffmaniano de estigma". En González, R.; Lozano, B. y Castien, J. (ed.), *Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el perjuicio y la discriminación* (pp. 61-77). Madrid: Editorial Universitas, S.A.

MARÍN, M.; DUJO, V. Y GONZÁLEZ, D. (2013). "Los trastornos disociativos: abordaje clínico y análisis de las repercusiones forenses en el victimario dentro del ámbito penal". *Psicopatología Clínica, Legal y Forense.* Vol. 13, pp. 73-104. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web:

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6380086

ROSEN, G. (1968). *Locura y sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental.* Madrid: Alianza Editorial, S.A.

SAMPIETRO, H. (2010). "Enfermedad mental y violencia en los medios de comunicación. ¿Una asociación ilícita?". *Quaderns de Psicología.* Vol. 12, pp. 95-107. Recuperado el 8 de enero de 2019 del sitio web: http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/738.

VERA, B. (2006). *Imágenes de la locura*. Madrid: Calamar Ediciones, S.L.

V. ANEXOS

Universidad Rey Juan Carlos

Permiso de distribución de resultados de Trabajo Fin de Grado (TFG)

Datos del TFG:

Título: EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO: APROXIMACIÓN SOCIAL, CINEMATOGRÁFICA Y JURÍDICO-PENAL.
Director (o Directores): DAU GARCÍA DAVIDER
Tutor (en caso de ser diferente de Directores):
Autor: ANDREA VELILLA BARRASA
Titulación: DOBLE GRADO EN DERECHO Y CRIMINOLOGÍA
Fecha de defensa: 28/03/2019
Calificación: 10

Texto del permiso de distribución:

El Trabajo Fin de Grado arriba especificado, ha sido defendido y calificado en la Universidad Rey Juan Carlos. El autor (abajo firmante) expresa su deseo de publicar los elementos especificados más arriba en el Archivo abierto Institucional de la Universidad Rey Juan Carlos, BURJC- Digital. Lo que pone en conocimiento de la Universidad para su conocimiento y visado.

Licencia de distribución:

Nombre de la licencia de distribución para el TFG (en su caso):

Autorizo al Consejo de Publicaciones del archivo abierto institucional a que, de considerarlo procedente, publique mi TFG en abierto, en el Repositorio Institucional de la URJC:

- SI ☒
- NO ☐

, a 29 de OCTUBRE de 2019

Fdo.: El autor

ANDREA VELILLA BARRASA

Fdo.: El Director/Directores

DAU GARCÍA DAVIDER

Universidad
Rey Juan Carlos

Vicerrectorado de Extensión Universitaria
y Relaciones Institucionales

ANEXO II

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN ABIERTO EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA URJC
BURJC DIGITAL

(A cumplimentar por el autor)

Para poder archivar su trabajo en el Repositorio Institucional de la URJC es necesario firmar una licencia de distribución NO exclusiva. Con esta licencia el autor continúa reteniendo todos sus derechos y, por tanto, puede hacer uso del trabajo depositado como estime oportuno (publicarlo en medios comerciales, depositarlo en otros repositorios, etc.)

LICENCIA DE DISTRIBUCIÓN NO EXCLUSIVA A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA URJC, BURJC *DIGITAL*

D./Dña. ANDREA VELILLA BARRASA, con DNI 16625631-N, concede a la Universidad Rey Juan Carlos una licencia de distribución no exclusiva, para que pueda reproducir y comunicar públicamente el siguiente trabajo en el Repositorio institucional:

1. Aceptando esta licencia, usted (el autor/es o el propietario/s de los derechos de autor) garantiza a la Universidad Rey Juan *Carlos* el derecho no exclusivo de archivar, reproducir, convertir (como *se* define *más* abajo), comunicar y/o distribuir *su* documento mundialmente en formato electrónico.
2. También está de acuerdo con que la Universidad Rey Juan Carlos pueda conservar *más* de una copia de este documento y, sin alterar su contenido, convertirlo *a* cualquier formato de fichero, medio *o* soporte, para propósitos de seguridad, preservación y acceso.
3. Declara que *su* documento no infringe, en tanto en cuanto le *sea* posible saber, los derechos de autor de ninguna otra persona o entidad.
4. Si el documento contiene materiales de los cuales no tiene los derechos de autor, declara que ha obtenido el permiso sin restricción del propietario de *los* derechos de autor para otorgar a la Universidad Rey Juan Carlos los derechos requeridos por esta licencia, y que ese material *cuyos* derechos *son* de terceros *está* claramente identificado y reconocido en el texto *o* contenido del documento entregado.
5. La Universidad Rey Juan Carlos identificará claramente *su/s* nombre/s como *el/los* autor/es o propietarios de los derechos del documento, y no hará ninguna alteración de *su* documento diferente a *las* permitidas en *esta* licencia.

En prueba de conformidad, firmo esta autorización, en el lugar y fecha señalados.

Móstoles, a 29 de OCTUBRE, de 2019

Fdo.: A. Velilla

Universidad Rey Juan Carlos. Vicerrectorado de Extensión Universitaria y Relaciones Institucionales

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN AL INTERESADO EN LA RECOGIDA DE LOS DATOS PERSONALES ACORDE AL REGLAMENTO EUROPEO DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, le informamos de que sus datos personales se van a incorporar al sistema de tratamiento de datos de la Universidad Rey Juan Carlos. El tratamiento tiene como finalidad el cumplimiento de los fines relativos al desarrollo de las funciones y competencias propias del responsable del tratamiento. En concreto, estas finalidades están relacionadas con las competencias de gestión académica y de investigación, así como también del personal de la Universidad Rey Juan Carlos. En concreto, estas finalidades están relacionadas con las competencias de gestión académica y de investigación, así como también del personal de la Universidad Rey Juan Carlos. Los datos personales recogidos serán conservados durante el tiempo necesario para el cumplimiento de los fines anteriormente mencionados. Los datos personales serán tratados en el ejercicio de los poderes públicos que la Universidad Rey Juan Carlos tiene conferidos, en aplicación de la Ley Orgánica de Universidades. La Universidad Rey Juan Carlos cederá los datos a las Administraciones públicas que por Ley requieran conocer la información para la prestación del servicio público. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición ante responsable@urjc.es, indicando en el asunto el derecho que ejercita.

Puede ampliar esta información mediante la consulta en la página web http://www.urjc.es/estudios-en-el-espacio-de-educacion-superior/bibliotecas/1281-reglamento-europeo-de-proteccion-de-datos