

El gran riesgo de la enfermedad depresiva grave es sin duda el suicidio. En la Depresión hay dos momentos claros de vulnerabilidad para llevar al acto suicida, uno es, aunque parezca paradójico, cuando el paciente empieza a salir de su gravedad, ya que es precisamente la inhibición psicomotriz uno de los síntomas que empieza a mejorar antes, resultando que la desinhibición producida precede a la mejoría de la ideación negativa y por tanto el sujeto ya es capaz de pasar más fácilmente de la idea al acto autolítico. Por tanto, en estos momentos iniciales donde lo podemos encontrar mejor, es precisamente cuando hay que extremar su vigilancia; este hecho queda también recogido en los prospectos de los fármacos antidepressivos y los profesionales estamos obligados a advertirlo. El otro momento delicado viene marcado por la intensidad del cuadro afectivo en el que pueden existir ideas delirantes que impongan la conducta patológica con fines suicidas; en este caso el delirio distorsiona el conocimiento de la realidad e impone el comportamiento anómalo, como así también puede ocurrir en otros trastornos psicóticos.

En nuestro país no supone delito el suicidio ni su tentativa, pero en caso de producirse, por parte policial se investigan factores como la inducción o la posible colaboración.

Sí es un delito el llamado suicidio ampliado que puede ocurrir en el caso de enfermos depresivos donde el paciente, después de matar a sus seres queridos pone fin a su propia vida. Si las víctimas no guardan tal relación de cercanía afectiva con el paciente, se habla entonces de suicidio ampliado atípico (recordemos el caso del accidente aéreo de Germanwings), con una psicopatología distinta. Por lo general se admite que el suicidio ampliado (típico) no es un homicidio por odio sino por amor, ya que al reducirse el horizonte perceptivo del depresivo y al tener concluido su tiempo inmanente (el que percibe subjetivamente), “no puede permitirse el lujo de dejar con vida a aquellos a los que ama en este mundo cruel y despiadado”. El gran problema legal del suicidio ampliado surge cuando el suicida, por fallo de la técnica empleada, continúa con vida y no así sus ejecutados; aquí será crucial aclarar si la depresión era anterior a los actos o reactiva a los mismos. También señalar que se han descrito casos de suicidios ampliados diferidos en el que el depresivo suicida mata a la familia pero no al mismo tiempo, por ejemplo, primero a su mujer, tiempo después (incluso días) a los hijos y luego se quita la vida él; estos casos se prestan a diversas interpretaciones jurídicas y más aún si el autor sobrevive. En el suicidio ampliado también hay que hacer diagnóstico diferencial con lo que se conoce como pacto de muerte o suicidio colectivo, en el que una pareja o grupo de personas deciden poner fin a sus vidas de forma conjunta, en este caso surge de nuevo el problema cuando uno de ellos sobrevive, estudiando la posibilidad de haber sido un homicidio donde el superviviente ha sido el autor que quiere simular haber tenido dificultades técnicas en su acto suicida.

Dejando a un lado el suicidio, en caso de depresiones graves se pueden encontrar también las autolesiones sin fin suicida y los delitos por omisión. Un estudio muy reciente dice que en el grupo de pacientes depresivos que se autolesionan sin intención aparente de suicidarse, el porcentaje de suicidios consumados después de un año es significativamente alto (ojo al dato). En los delitos por omisión el paciente frenado por la lentitud ideativa y la inhibición motora, no reacciona ante el auxilio que le está demandando otra persona próxima en situación

comprometida (nunca se debe dejar a un niño a cargo sólo de un depresivo inhibido); en este apartado se podrían incluir casos que han quedado como simples negligencias profesionales, por no contar con el factor patológico de la inhibición. También se han descrito casos de delitos de robo cometidos por pacientes depresivos con ideas deliroides de ruina (aquí debemos hacer diagnóstico diferencial con la cleptomanía).

Como trastorno afectivo, yendo a otro extremo, también nombrar la Manía o fase maníaca del Trastorno bipolar. La irritabilidad del maníaco puede desembocar en delitos de agresiones o incluso resistencia activa a agentes de la autoridad; también suelen ser frecuentes los casos de escándalos públicos, falsificación, estafa, intrusismo, dejar “púas” en comercios por compras superfluas hechas de forma impulsiva, escándalos a la libertad sexual, como exhibicionismo, etc. A modo general, se admite que en el maníaco, a mayor grado de excitación, mayor es la gravedad de los delitos que pueden cometer, aunque menor es la posibilidad real de llevarlos a cabo ya que su conducta típica de agitación y cólera da rápidamente la alarma a los familiares, ya acostumbrados, y pronto es recluido, quedando sus posibilidades delictivas restringidas al mínimo; al inicio de la fase cuando los signos de alarma no son muy evidentes, es precisamente más frecuente la posibilidad delictógena. En este sentido, hay autores que dicen que el maníaco sólo puede considerarse como un “delincuente menor”.

En general, la imputabilidad penal de todos estos pacientes pasa por valorar la posible existencia de una afectación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho delictivo y de la capacidad de adecuar la conducta a ese conocimiento. Para valorar la capacidad civil es necesario también individualizar cada caso y se admite que la incapacidad está indicada en estos pacientes cuando los accesos son muy frecuentes o muy prolongados haciendo peligrar los intereses del enfermo y/o de su propia familia.