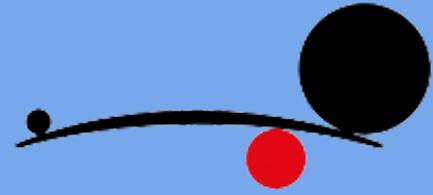




Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Zuzenbide Fakultatea
Facultad de Derecho

LA MADRE QUE NO NACIÓ CON EL PARTO

Análisis psicojurídico del trastorno de negación del embarazo y
su vinculación con el filicidio



GRADO EN CRIMINOLOGÍA
FACULTAD DE DERECHO
CURSO 2021/2022

Trabajo de fin de Grado
Realizado por Carolina Criales González
Dirigido por José Martín Amenabar Beitia

Resumen

El presente trabajo de investigación se centra en el análisis psicojurídico del trastorno de negación del embarazo y su vinculación al delito de filicidio. Más concretamente se aborda el estudio de aquellas mujeres que acaban con la vida de sus descendientes como consecuencia del padecimiento de dicha psicopatología. Para ello, en primer lugar, se realiza una aproximación al crimen conocido como filicidio. Se detallan las diferentes clasificaciones existentes, se identifican las características de aquellos que lo cometen y se determinan las alteraciones psíquicas con mayor prevalencia entre los agresores. A continuación, se describen los elementos principales de los trastornos de negación del embarazo, la ocultación, la negación psicótica y la negación no psicótica o disociativa desde una perspectiva criminológica, a partir de casos ilustrativos. Dentro del trastorno de negación no psicótica o disociativa de la gestación, se procede a concretar en qué consiste un proceso disociativo, se especifica el perfil de las féminas que lo padecen y las consecuencias del mismo en la madre y el bebé. A su vez, se hace hincapié en la legislación penal ligada al delito de filicidio, la imputabilidad y las medidas de seguridad, teniendo como base el Código Penal de 1995. Además, se incluyen dos casos de negación no psicótica o disociativa del embarazo. En el primero la madre es condenada como responsable penal de un delito de neonaticidio, mientras que en el segundo se reconoce el padecimiento de un desorden psíquico.

Palabras clave: *trastorno de negación no psicótica del embarazo, filicidio, trastorno disociativo, e imputabilidad.*

Abstract

This research work focuses on the psycho-legal analysis of pregnancy denial disorder and its link to the crime of filicide. More specifically, it deals with the study of women who end the lives of their offspring as a result of suffering from this psychopathology. To do this, firstly, an approach is made to the crime known as filicide. The different existing classifications are detailed, the characteristics of those who commit it are identified and the most prevalent psychological disorders among the aggressors are determined. Next, the main elements of the disorders of denial of pregnancy, concealment, psychotic denial and non-psychotic or dissociative denial are described from a criminological perspective, based on illustrative cases. Within the disorder of non-psychotic or dissociative denial of pregnancy, we proceed to specify what a

dissociative process consists of, specifying the profile of the women who suffer from it and its consequences for the mother and the baby. At the same time, emphasis is placed on the criminal legislation linked to the crime of filicide, imputability and security measures, based on the 1995 Penal Code. In addition, two cases of non-psychotic or dissociative denial of pregnancy are included. In the first case, the mother is convicted as criminally responsible for the crime of neonaticide, while in the second case, the suffering of a psychiatric disorder is recognised.

Key words: *non-psychotic denial of pregnancy disorder, filicide, dissociative disorder, and imputability.*

Laburpena

Ikerketa lan hau haurdunaldia ukatzeko nahasmenduaren azterketa psikojuridikoan eta horrek filizidio-delituarekin duen loturan zentratzen da. Zehazkiago, psikopatologia horren ondorioz beren ondorengoak hiltzen dituzten emakumeak aztertzen dira. Horretarako, lehenik eta behin, filizidio izenez ezagutzen den krimenaren hurbilketa egiten da. Dauden sailkapenak zehazten dira, sailkapena egiten dutenen ezaugarriak identifikatzen dira eta erasotzaileen artean prebalentzia handiena duten alterazio psikikoak zehazten dira. Jarraian, haurdunaldia ukatzeko nahasmenduen, ezkutatzearen, ukazio psikotikoaren eta ukazio ez-psikotiko edo disoziatiboaren elementu nagusiak deskribatzen dira, ikuspegi kriminologiko batetik, kasu argigarrietatik abiatuta. Haurdunaldiaren ukazio ez-psikotiko edo disoziatiboaren nahasmenduaren barruan, prozesu disoziatibo bat zertan datzan zehazten da, hura jasaten duten emakumeen profila eta horrek amarengan eta haurrarengan dituen ondorioak zehazten dira. Era berean, filizidio-delituari, egozgarritasunari eta segurtasun-neurriei lotutako legeria penala azpimarratzen da, 1995eko Zigor Kodea oinarri hartuta. Gainera, haurdunaldiaren ukapen ez-psikotiko edo disoziatiboko bi kasu sartzen dira. Lehenengoan, neonatizidio-delitu baten erantzule penal gisa kondenatzen dute ama, eta bigarreanean, berriz, desordena psikikoa aitortzen zaio.

Hitz giltzak: *Haurdunaldiaren ukazio ez-psikotikoko nahasmendua, filizidioa, nahaste disoziatiboa eta egozgarritasuna.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. EL FILICIDIO	10
2.1. El filicidio y sus clasificaciones	12
2.2. El filicidio en España	15
2.3. Hombres filicidas	17
2.4. Mujeres filicidas	18
2.5. Trastornos mentales y filicidio	21
3. TRASTORNOS DE NEGACIÓN DEL EMBARAZO	27
3.1. Ocultación del embarazo	27
3.2. Negación psicótica del embarazo	30
3.3. Negación no psicótica o disociativa del embarazo	33
3.3.1. La disociación en el trastorno de negación no psicótica del embarazo	37
3.3.2. Características de las mujeres que padecen trastorno de negación no psicótica del embarazo	40
3.3.3. Consecuencias del trastorno de negación no psicótica del embarazo	45
3.3.4. Casos del trastorno de negación no psicótica del embarazo	48
3.3.4.1. Casos de negación del embarazo sin neonaticidio	48
3.3.4.2. Casos de negación del embarazo con neonaticidio	50
4. ANÁLISIS JURÍDICO	52
4.1. Legislación penal	52
4.2. Imputabilidad y trastornos mentales	53
4.3. Medidas de seguridad	59
4.4. Madres condenadas y no condenadas por filicidio	61
4.4.1. Caso Sonia Bedoui	61
4.4.2. Caso Yoana	62
5. CONCLUSIONES	65
6. REFERENCIAS	69
7. INFORME EJECUTIVO	81

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas violentas, especialmente aquellas que constituyen delito, son generadoras de una abrumadora repercusión social. No obstante, la dimensión de un hecho antisocial no radica exclusivamente en su carácter agresivo, sino en la definición que del mismo realice la ley penal y por ende, la comunidad. Desde la antigüedad los homicidios han sido categorizados como inadmisibles, ya que suponen un enfrentamiento entre individuos, atentando contra su naturaleza social y colectiva. Es más, la frecuente vulnerabilidad y fragilidad de las víctimas, sumada al papel desempeñado en el núcleo familiar, dan como resultado un imperante rechazo colectivo del victimario (Cárdenas, 2020; Sáenz, 2020).

De este modo, teniendo como referencia el funcionalismo del sociólogo y filósofo francés, Émile Durkheim, el delito se define como un acto que vulnera gravemente la conciencia colectiva, pero que a su vez es, como hecho social, ineludible e imprescindible. Sin embargo, esta inevitabilidad no exime de la existencia de castigo para el perpetrador del crimen, ya que la afrenta moral producida estimula el desarrollo de un voluminoso arsenal de consecuencias penales y sociales desencadenadas por motivaciones sumamente emocionales (Garland, D. 1990).

Pero, ¿qué ocurre cuando la persona homicida es una mujer? El resultado es una respuesta social disparada, fruto de un arraigado heteropatriarcado en el que las féminas se han vinculado a un cometido reproductivo, que perfila las representaciones ideales de la feminidad. El emplazamiento de la maternidad como eje central del sino femenino ha propiciado la construcción de un deber social en las mujeres por el cual han de proteger al grupo, especialmente a sus hijos, lo que a su vez repercute en la futura evaluación jurídica de su conducta. En el momento en que una madre acaba con la vida de su descendiente o no ejerce la atención esperada sobre este, exponiéndolo a un fuerte riesgo, se realiza una doble valoración de su comportamiento. Esto es, no solamente se opina desde el ámbito judicial ligado tanto a los bienes jurídicos damnificados (vida, salud e integridad física y mental) como a la responsabilidad derivada de la institución jurídica de la patria potestad, sino también desde una perspectiva de desviación de la norma moral de mujer-protectora. Aflora de esta manera de forma inconsciente una

recriminación ajena a la legalidad que influye fuertemente en la responsabilidad penal que se debe esclarecer en el momento del juicio (Laurenzo, 2019).

Tampoco se debe olvidar el hecho de que el papel de las féminas en la delincuencia se ha ligado principalmente al de víctima de la violencia de un hombre. Ahora bien, el colectivo femenino no se encuentra ausente en el cómputo criminal, destacando por el carácter manipulador, impasible e inteligente de sus golpes (Alguacil, 2017).

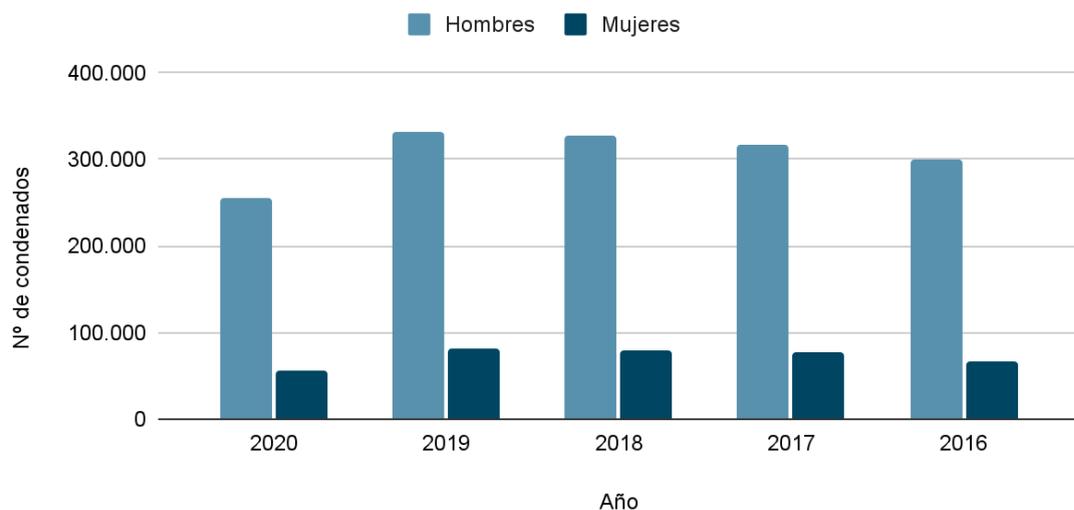
Los datos del Instituto Nacional de Estadística ponen de manifiesto la gran diferencia entre la criminalidad masculina y la femenina. De los 311.271 condenados penalmente en el año 2020 en España, tan sólo el 18% son mujeres, consecuentemente en el año 2019 el porcentaje de féminas condenadas correspondía al 19%, en el 2018 al 19,6%, en el 2017 al 19,5% y en el 2016 al 18,1% (Figura 1). Estas cifras se reducen aún más cuando se trata de los delitos de homicidio y asesinato, donde las mujeres suman el 12,5% de los penados (Figura 2) (INE, 2020).

Figura 1.

División por sexo de los condenados penalmente en España en los años, 2020, 2019, 2018, 2017 y 2016.

Condenados penalmente.

España :2020.



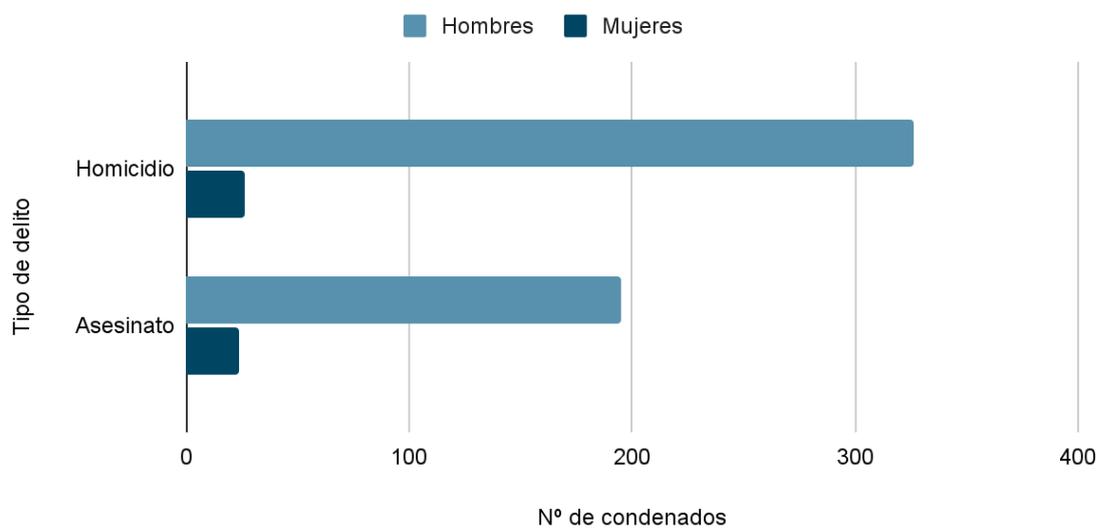
Elaboración propia.

Figura 2.

División por sexo de los condenados en los delitos de homicidio y asesinato en España en el año 2020.

Condenados por los delitos de homicidio y asesinato.

España: 2020



Elaboración propia.

A través de las cifras se confirma que la prevalencia de la delincuencia femenina es baja e inferior a la de los hombres (Loinaz, 2014). No obstante, a pesar de la menor tendencia violenta de las mujeres hacia la población general y de la ínfima perceptibilidad de las predilectas agresiones familiares de este colectivo, no se puede subestimar el riesgo venidero de dicho género.

Un estudio realizado por García-Mansilla, Rosenfeld y Cruise en 2011 (como se citó en Loinaz, 2014), comparó la validez predictiva de la escala del riesgo de la violencia (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997), en 827 internos psiquiátricos. Este concluyó alegando que aunque las diferencias entre sexos no eran sumamente relevantes, la HCR-20 lograba pronosticar de una forma más acertada la

reincidencia en los varones que en las mujeres. Al mismo tiempo, el meta-análisis realizado por Smith, Cullen y Latessa (2009, como se citó en Loinaz, 2016) enunció que el LSI-R (Level of Service Inventory-Revised; Andrews y Bonta, 1995) permite certificar que la predicción de reincidencia entre ambos géneros es bastante semejante además de ser un instrumento fuertemente efectivo en mujeres.

En esta línea el estudio de la psicopatía mediante la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 2003) también ha sido una herramienta empleada dentro de los instrumentos de evaluación de riesgo de ambos géneros. En estos casos estudios como el de Vogel y Ruitter (2005) y Warren et al. (2003) reflejan que ciertos ítems del factor 1 (interpersonal/afectivo) carecen de trascendencia en las mujeres además de que los elementos del factor 2 (desviación social) resultan poco aclaratorios de la conducta delictiva femenina. De este modo la factible ineficacia de la escala en las mujeres hace que obtengan puntuaciones inferiores a las registradas por los hombres (como se citaron en Loinaz, 2014). Por último, Logan y Weizmann-Henelius (2012; como se citó en Loinaz, 2014) alegan que la dudosa validez de la PCL-R para pronosticar la agresividad en ellas, radica en que la manifestación de la psicopatía en las féminas se encuentra enlazada con el afecto, el sometimiento y lo emocional.

Dentro de este orden de ideas es necesario hacer referencia a los conocidos como delitos de estatus; estos se encuentran ligados a los roles tradicionales de género, donde la mujer tiene un papel de madre-cuidadora-responsable. Los anteriores ilícitos acontecen en la mayoría de las ocasiones en ambientes en los que la agresora sufre en su propia persona la crueldad de otros o desarrolla su cotidianidad en un contexto de máxima debilidad social. Se habla de tres situaciones diferenciadas:

- Aquellas en las que las madres matan a sus descendientes poco tiempo después de haber dado a luz o, también los casos de negligencia materna ante la fuerte violencia paterna.
- La segunda tipología se produce cuando la mujer decide acabar con la vida de su pareja sentimental, la cual ejerce un abuso físico y psicológico grave e ininterrumpido.

- El tercer grupo hace referencia a un modelo de delincuencia femenina caracterizado por las dificultades financieras y los lastres familiares, en estas ocasiones optan por recurrir al tráfico de sustancias ilegales a pequeña escala como mecanismo de lucro económico (Laurenzo, 2019).

De hecho, también se puede señalar que a nivel nacional la indigencia, la marginalidad social, la mínima formación académica o las adicciones dibujan los perfiles de las reclusas (Díaz, 2020). Es más, en el género femenino estas condiciones se acrecientan dado que no es difícil que estas mujeres provengan o pertenezcan a familias monoparentales, en las que ellas son las únicas responsables de sus hijos. No obstante, no es posible determinar que la delincuencia femenina tenga como única causa las anteriores circunstancias (Yugueros, 2013).

Cabe considerar por otra parte la importancia del crecimiento de la Criminología Feminista como impulsora de pensamiento crítico entorno al constructo social machista de la mujer criminal al igual que entorno a su género en general. Es por ello, que se rechazan las justificaciones únicamente fundadas en componentes fisiológicos y/o sentimentalistas, del origen de la delincuencia femenina. Históricamente la Criminología no ha atendido las particularidades de las infractoras y se ha limitado a elaborar teorías centradas en el crimen masculino. Ahora bien, autores como Lombroso y Ferrero (1895) fueron los primeros en realizar una descripción de los perfiles criminales de las féminas. Es por ello que sostuvieron que aquellas mujeres que delinquen son sujetos desviados, visto que no sólo transgreden la legalidad, sino el rol de la feminidad. Los autores Becker (1963) y Cohen (1955) abordaron la criminalidad femenina circunscribiéndola al ámbito sexual pero incorporando conceptos sociológicos (teorías del control social, de la tensión o del aprendizaje). Por su parte la penalista gallega Concepción Arenal, ya en el siglo XIX, defendía la igualdad de trato entre hombres y mujeres encarcelados, teniendo en cuenta que para ella las diferencias intelectuales y morales entre sexos eran intrascendentes (Pina, 2016; Quiroga y Lorenzo, 2019).

La Criminología Feminista realiza una crítica social poniendo de manifiesto la existencia de controles socialmente enraizados que reprimen a las mujeres para que estas se desvelen dentro de los cánones preestablecidos por las normas. En este

sentido se busca retar la ideología patriarcal que guía la socialización, a través de novedosos fundamentos científicos, históricos o religiosos que derriben los prejuicios contruidos sobre la desviación femenina. En los años 60 y 70 las corrientes feministas pusieron su foco de atención en la mujer delincuente tratando de rectificar los clichés sexistas que delimitaban al género femenino a la pasividad, inferioridad y condicionamiento biológico. Por consiguiente, se hace hincapié en reforzar la idea de que lo supuestamente natural no es taxativo sino que el entorno cultural modela las pautas de conducta.

Respaldando estas propuestas en 1975 llega la tesis de la liberación de la mujer de la mano de las obras *Sister in crime* de Freda Adler (1975) y *Woman and Crime* de Rita J. Simon (1975). En la década de los 60 en Estados Unidos se produjo un aumento de la delincuencia femenina. Adler y Simon achacaban este cambio a una transformación de la sociedad, en la que las mujeres estaban abriéndose camino en la comunidad y con ello se implicaban en un mayor número de esferas relacionadas con el crimen, esto es, la criminalidad fue considerada para estas autoras como una consecuencia de la liberación. (Durán, 2009; Pina, 2016; Quiroga y Lorenzo, 2019).

Dicha tesis sostiene a su vez dos hipótesis para explicar las diferencias estadísticas entre el crimen masculino y el femenino. Por un lado, se afirma que los datos pueden ser fruto de unas singularidades fundamentales entre grupos. Mientras que, por otro, se declara que las tasas de delincuencia se encuentran sometidas a un imperante sistema patriarcal. Y es que históricamente el cometido social de ambos géneros ha distanciado a la mujer del foco de interés. Mientras ella se ha visto obligada a interpretar el papel de madre dulce, ajena al conflicto, él se ha manifestado abiertamente con una personalidad fuerte, agresiva y atlética, vinculada intrínsecamente a la violencia. De este modo, partiendo de la segunda propuesta, el cambio social y el aumento de la participación de las fémimas en la comunidad podría conllevar una equiparación de las estadísticas penales y del tratamiento en el sistema de justicia (Garrido, 2019).

En oposición a la tesis de la liberación se encuentra la tesis de la caballerosidad descrita por Otto Pollak (1950). Para dicho autor las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad son víctimas de un encandilamiento por parte de las mujeres lo que conduce a un

aumento de la benevolencia para con este colectivo. El género femenino es percibido como un grupo caracterizado por su afabilidad y bondad, lo que lo convierte en una víctima que necesita protección y no en un victimario, es decir se corrobora la existencia de un paternalismo judicial. Por consiguiente las féminas logran asiduamente penas inferiores a las que serían impuestas judicialmente a los hombres por los mismos hechos delictivos. El estudio realizado por Moulds (1978, como se citó en Páez, 2021) confirmó que incluso teniendo en cuenta la tipología del ilícito, los antecedentes penales o la raza, las mujeres obtenían un tratamiento más benevolente. De igual forma, Herzog y Oreg (2008, como se citó en Páez, 2021) comprobaron que aquellas mujeres que habían llevado a cabo una conducta penada por la ley sin romper con el estereotipo femenino recibían una condena más leve que las consideradas desviadas.

En relación a la problemática expuesta también debe subrayarse la dispar proyección discursiva que del crimen femenino y masculino se realiza principalmente en los medios de comunicación. La esfera simbólica y cultural que envuelve a la delincuencia es empleada por los medios de información como coyuntura para el uso de titulares sumamente llamativos, los cuales permiten divisar la utilización de sustantivos y adjetivos calificativos destinados a generar una idea de mujer fatal. En este sentido se puede observar términos como “mujer rebelde” (Imagen 1), “viudas negras” o “vengativas” (imagen 2).



Imagen 1. Mujer sumisa, mujer rebelde. (Ramos, 2022).

HISTORIAS DE LAS MUJERES FATALES

Viudas negras, filicidas, envenenadoras y vengativas: así son los perfiles de las mujeres asesinas en España

Las mujeres sólo cometen el 10% de los asesinatos en España, el 90% son perpetrados por los hombres. Eso sí, la forma de cometerlos suele ser más llamativa. Beatriz de Vicente repasa algunos de los casos más truculentos.

Imagen 2. Los perfiles de las mujeres asesinas en España. (LaSexta, 2018).

Incluso, se relaciona a estas féminas con la falta de escrúpulos (Imagen 3). Además, de incluir expresiones como “¿asesina o víctima?” (Imagen 4) o “Mujeres que torturan, agreden y matan” (Image 5) que ponen de manifiesto un constructo social de antinaturalidad en el comportamiento violento del género femenino, el cual no es cuestionable para los hombres (Actis, 2021).



INFOBAE

"Una mujer que mata a su hijo es incapaz de sentir culpa"

Imagen 3. Una mujer que mata a su hijo es incapaz de sentir culpa. (Jara, 2014).



ASESINATOS EN SERIE >

La Mataviejitas, ¿asesina o víctima?

La investigadora Susana Vargas describe en un libro la personalidad de Juana Barraza, una de las asesinas seriales más famosas de México y desvela las claves detrás de su persecución y captura

Imagen 4. La mataviejitas, ¿asesina o víctima?. (Reina, 2021)



Mujeres que torturan, agreden y matan

Marian Partington ha hecho lo posible por perdonar a Rosemary West, culpable, junto a otros, del asesinato de su hermana. Cree que la única manera de romper la espiral de violencia femenina es comprenderla

Imagen 5. Mujeres que torturan, agreden y matan. (Quarmby, 2016).

Como se afirmará posteriormente, Cárdenas (2020) reitera la necesidad de un estado psicológico sumamente estresante para que la mujer pueda abstraerse de su persona y acabar con la vida de otro individuo. Así mismo, es frecuente encontrar una previa relación entre víctima y homicida, ya que en torno al 67% de los fallecidos a manos de una agresora eran sujetos de su círculo más cercano (Alguacil, 2017). Con todo ello, la cúspide de la agitación colectiva se alcanza cuando la persona objeto del homicidio de una mujer es su descendiente, es decir, cuando tiene lugar un filicidio. De esta manera, las implicaciones no solo jurídicas y legales, sino psicológicas, sociales, culturales y antropológicas, convierten este fenómeno en un campo de gran interés criminológico.

En consecuencia, el presente estudio se centrará en esclarecer la responsabilidad penal y psicológica de las mujeres filicidas, desde una perspectiva multidisciplinar. Concretamente de aquellas que padecen trastorno de negación del embarazo no psicótico, del que se hablará próximamente, aunque también serán objeto de estudio la ocultación deliberada de la gestación así como la negación psicótica de la misma. Para ello, se ha optado por dividir el trabajo en 4 secciones con sus correspondientes sub-apartados.

En la primera parte se realiza una aproximación al concepto de filicidio, para después detallar algunas de las diferentes clasificaciones que de dicho ilícito se han elaborado. A su vez, se describe la situación del filicidio en España, las características específicas de los hombres y mujeres perpetradores del crimen y por último, la sintomatología psicopatológica más común asociada a este fenómeno. En segundo lugar, se describen los tres trastornos relacionados con la gestación a través de casos ilustrativos: la ocultación, la negación psicótica y la negación no psicótica o disociativa del embarazo. En este último, se hace hincapié especificando en qué consiste la disociación, las características de las mujeres que padecen el trastorno, las consecuencias del mismo en la salud y vínculo de la reciente madre y su descendiente y se detallan en último lugar cuatro casos, estando en dos de ellos implicado el neonaticidio. Mientras, en el tercer apartado se desarrollan los elementos relacionados con la responsabilidad penal de las mujeres filicidas. El delito en el que pueden incurrir, el concepto de imputabilidad, las medidas de seguridad y dos supuestos jurídico penales en los que se ve involucrada la negación no psicótica del embarazo. Finalmente, en la

cuarta sección se recopilan una serie de conclusiones sobre el estudio, las cuales están relacionadas y enfatizan claramente lo contenido en el mismo, teniendo en cuenta una visión de futuro en el análisis de esta problemática.

2. EL FILICIDIO

El término filicidio procede de los conceptos latinos *filius* y *cidium*, *cide* los cuales respectivamente hacen referencia a los vocablos hijo y matar. Por ende, el Diccionario de la Real Academia Española (2022) define el filicidio como: “Muerte dada por un padre o una madre a su propio hijo”. No obstante, de dicha definición no es posible extraer la intencionalidad dolosa del victimario al cometer el acto, por lo que será necesario atender a cada hecho en concreto para conocer su propósito (Cárdenas, 2020). Junto a la anterior descripción, se realiza una diferenciación en función de la edad del menor. En este sentido, si la muerte se produce durante las primeras 24 horas desde el nacimiento, se denomina neonaticidio. En cambio, se conoce como infanticidio, aquel homicidio de una víctima menor de un año de vida (Company et al, 2015). A su vez dentro de este contexto se puede señalar la existencia de dos fenómenos más, como son el familicidio y el feticidio. El primero conlleva el asesinato de la madre y los descendientes, mientras que el segundo se conoce por ser un acto intencional que pone fin al desarrollo y crecimiento del feto (Cárdenas, 2020).

El filicidio es un suceso que ha venido produciéndose a lo largo de la historia y en culturas variadas. El control de la natalidad, la ilegitimidad, la incapacidad económica, las discapacidades o las ofrendas sagradas se encuentran entre los motivos fundamentales por los que se ha ejecutado esta práctica. No es difícil encontrar referencias de dicho fenómeno en la mitología o en leyendas populares, en las cuales se expone el tema de la muerte de los hijos debido a la venganza (Mito de Medea) o el asesinato con el posterior suicidio materno. Al mismo tiempo en estos relatos también aparece en reiteradas ocasiones el sacrificio de herederos como ocurre cuando Cronos devora vigorosamente a sus sucesores o, cuando el rey Agamenón padre de Ifigenia la sacrifica con el objetivo de lograr la conquista de un territorio. Además, la muerte de niños a manos de sus progenitores se encuentra inmersa en la esfera de hechos sociales universales que atentan contra los menores como son: el gaminismo o el maltrato, más resulta necesario advertir las características culturales específicas que rodean a este ilícito para poder llegar a comprender su complejidad (Espriella, 2006).

Prueba de la antigüedad del filicidio es la quema de niños que realizaban los fenicios como ritual hacia sus dioses, o el dominio del hombre ateniense en la época clásica sobre sus hijos, pudiendo matar o venderlos, equiparándolos con un esclavo del padre. Por su parte, la cultura egipcia manifestaba su desagrado para con esta práctica, castigando al padre homicida a abrazar el cuerpo de su hijo ya fallecido durante tres días y tres noches. Aunque una vez al año, a modo de ofrenda, se acababa con la vida de una niña, sumergiéndola en el río Nilo. Por otro lado, la suerte de los jóvenes no deseados en la Roma clásica se reducía a dos posibilidades: el abandono o el crimen de sus padres contra ellos, consecuencia del concepto de patria potestad definido por el derecho romano. En esa era la ley reconocía el derecho del progenitor a matar a su propio descendiente. A pesar de ello, en la Roma Imperial el filicidio a manos de una mujer era penado con la muerte. El descenso de estos crímenes se produjo en la Edad Media y en el Renacimiento debido a la fuerte influencia de la doctrina católica y sus valores (González y Muñoz-Rivas, 2003).

Históricamente, el filicidio se ha entendido como una acción violenta contra los hijos sin atender al género. Sin embargo, el hecho de nacer mujer en ciertas civilizaciones conllevaba y conlleva un mayor peligro de sufrir este crimen, ya que la llegada al mundo de una hija no siempre se vive con júbilo. En particular, ya en el año 1 a.C. durante la época del Imperio Romano un hombre hizo saber a su mujer mediante un escrito que el bebé que esperaban debía ser conservado si se trataba de un varón, pero eliminado si su sexo era femenino (Campos, 2010). Incluso durante la conquista de América el asesinato de féminas menores de edad era común entre la población indígena (Espriella, 2006). A pesar de ello, en el pueblo gitano en Hungría o en la tribu Keniana de los Mukogodos los niños tienen más probabilidad que las niñas de que sus padres acaben con sus vidas. Resulta inevitable subrayar que el género no es el único factor de riesgo del filicidio, puesto que cualquier tipo de singularidad física y/o psíquica de un menor puede ser el detonante de su muerte en gran número de tribus africanas, grupos esquimales o indios Mohaves, al entenderlos como un lastre para la comunidad. Por último, el temor a la posesión de un hijo por parte del espíritu Chichuru se encuentra detrás del fallecimiento de un 15% de los bebés menores de tres meses en sociedades africanas (González y Muñoz-Rivas, 2003).

Actualmente, aunque los métodos anticonceptivos y los cambios sociales, como el feminismo, han contribuido en la disminución de esta problemática no se debe olvidar que tanto el infanticidio como el neonaticidio se encuentran entre las primeras causas de fallecimiento de niños en países del primer mundo. Además, es imprescindible tener presente que las implicaciones demográficas y psicosociales, las particularidades individuales y sobre todo las dinámicas familiares son los elementos más decisivos que pueden llevar a un padre o a una madre a acabar con la vida de su hijo (Company et al, 2015; González y Muñoz-Rivas, 2003).

2.1. El filicidio y sus clasificaciones

El filicidio es un hecho social de difícil entendimiento por tal motivo se hace necesario el desarrollo de clasificaciones que permitan facilitar la comprensión de las circunstancias que envuelven este fenómeno. De este modo al mismo tiempo se favorece la elaboración de estrategias preventivas específicas para cada tipología. No obstante, el carácter multidisciplinar del filicidio hace que en la literatura científica no exista una única clasificación, ya que cada una de ellas se centrará en unos determinados elementos (Álvarez, 2022).

A partir de 1960 el estudio de los asesinatos de menores a manos de sus progenitores se incrementó, con autores como Spinelli o Resnick, quien llevó a cabo un análisis sobre los filicidios registrados desde mediados del siglo XVIII hasta mediados del siglo XX (González y Muñoz-Rivas, 2003). La primera taxonomía de los filicidios fue propuesta por este mismo autor, Resnick (1969, como se citó en Barón et al, 2021; Cárdenas, 2020; González y Muñoz-Rivas, 2003), y su propósito era establecer un marco teórico para clasificar estos eventos, en función de la motivación de los progenitores. De este modo, Resnick extrapó un total de cinco categorías:

1. **Filicidio altruista.** Esta tipología se encuentra muy vinculada a la presencia de trastornos mentales: depresión mayor, depresión psicótica así como psicosis por parte de las victimarias. Por ese motivo, resulta fundamental esclarecer si el crimen se produce bajo una motivación altruista o bajo un episodio delirante. Es más, se ha podido observar una confusión en las madres tras la comisión del delito, ya que ellas mismas, pese a todo, se conceptúan y se perciben como

buenas madres. Este grupo se encuentra subdividido en dos: por un lado, el filicidio altruista asociado al suicidio, donde el gran sufrimiento de la progenitora la conduce al suicidio pero no de forma individual y egoísta sino que, a su parecer, a modo de refugio y protección, decide poner fin igualmente a la vida de su hijo. Por otro lado, se sitúa el filicidio altruista cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento verdadero o irreal que padece la víctima.

2. **Filicidio agudamente psicótico.** Esta denominación abarca los asesinatos de niños llevados a cabo por psicóticos-agudos, es decir, por aquellos progenitores que padecen alucinaciones, delirios o estados epilépticos. Aunque, al contrario de lo que ocurre en la anterior categoría, en estos sí existe una intención específica de matar puesto que la mayor gravedad de la psicopatología conlleva una falta de discernimiento. Además, se han podido identificar como detonantes los impulsos afectivos, las disputas internas, las ideas mágicas o las creencias de peligro. Por último, cabe subrayar que en este grupo el abuso de alcohol no suele ser el origen del filicidio.
3. **Filicidio por hijo no deseado.** Tal y como señala el nombre de esta tipología el desinterés por la presencia y nacimiento de un hijo es normalmente el causante del neonaticidio. Los problemas de paternidad, las cargas financieras y el potencial obstáculo en las metas futuras se dibujan como motivaciones de los padres, mientras que la ilegitimidad y la ausencia de figura paterna son detonantes del filicidio materno.
4. **Filicidio accidental.** La causa del fallecimiento de estos menores es el maltrato físico, aunque la intención del ascendiente no fuera claramente homicida. Con frecuencia los actos violentos se han convertido en una dinámica educadora ante un comportamiento supuestamente inadecuado del niño. Así mismo, el síndrome del niño zarandeado se encuentra dentro de este tipo, pues la muerte puede verse desencadenada por movimientos bruscos de la cabeza del menor. A su vez, no es extraño encontrar indicios de abusos y negligencia en la infancia de los padres filicidas.

5. **Filicidio como venganza.** Se trata de aquellos casos en los que con el fin de provocar un arduo sufrimiento a uno de los progenitores, el otro acaba con la vida de los hijos comunes. La mitología clásica ya hacía referencia a este supuesto a través del denominado Complejo o Síndrome de Medea, en el que la madre expresa una fuerte ambición por matar a su hijo como forma de venganza contra el padre, pues ve en el primero un adversario. Además, las víctimas del filicidio como venganza tienden a tener una edad superior a la del resto de tipologías.

Los resultados del estudio (Tabla 1) llevado a cabo por Resnick (1969, como se citó en González y Muñoz-Rivas, 2003) muestran que la motivación supuestamente altruista de suicidio se encontraba detrás del 38% de los filicidios analizados, seguido de un estado sumamente psicótico de los padres en un 21%. Por su parte la categoría correspondiente al filicidio por hijo no deseado se situó en la tercera posición presentándose en un 14% de los casos, mientras que el asesinato accidental y el altruista con el objetivo de aliviar el sufrimiento de la víctima se produjeron en un 12% y 11% respectivamente. Finalmente, la tipología menos común (4%) fue la referente a aquellas muertes de menores que esconden una intención vengativa contra uno de los ascendientes. Resulta conveniente destacar que el filicidio paterno accidental alcanzó el 23% de los fallecimientos en contraposición al 7% que logró en los asesinatos de menores por parte de sus madres. En el otro extremo sobresale la finalidad de aliviar los padecimientos de los hijos como causante de los filicidios maternos en un 14% frente al 5% en el caso de los padres.

Tabla 1.

Motivación aparente en los filicidios estudiados por Resnick (1969).

MOTIVACIÓN APARENTE	FILICIDIO MATERNO		FILICIDIO PATERNO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Altruista de suicidio	37	(42)	13	(30)	50	(38)
Altruista para remediar el	12	(14)	2	(5)	14	(11)

sufrimiento de la víctima			
Agudamente psicótico	21 (24)	7 (16)	28 (21)
Hijo no deseado	10 (11)	8 (19)	18 (14)
Accidental	6 (7)	10 (23)	16 (12)
Venganza al progenitor	2 (2)	3 (7)	5 (4)
TOTAL	88 (100)	43 (100)	131 (100)

(González y Muñoz-Rivas, 2003).

Por su parte, Bourget y Bradford (1990) consideraron que la etiquetación de un agresor en una única tipología era una acción demasiado arriesgada, por lo que crearon cinco nuevas categorías mucho más amplias teniendo en cuenta el componente del género. Estas son: el filicidio patológico el cual recoge las causas altruistas así como el posterior suicidio del ascendiente; el filicidio accidental, cuyo principal desencadenante es el maltrato infantil; el filicidio vengativo, contra la madre; el neonaticidio asociado fundamentalmente a la comisión por parte del sexo femenino; y el filicidio paterno.

En oposición a las variables motivacionales seleccionadas para las anteriores clasificaciones Putkonen et al. (2016) reconocen la existencia de cinco perfiles de filicidas en función de elementos sociodemográficos, psicológicos y criminológicos: progenitores que cometen el asesinato de su hijo para posteriormente suicidarse, el filicidio a manos de un hombre con gran impulsividad y de carácter violento, las féminas sin pareja que padecen un trastorno depresivo o psicótico, los filicidios llevados a cabo por sujetos casados con psicopatologías graves y, finalmente, las mujeres que cometen neonaticidio.

Por último, Mariano et al. (2014) teniendo como apoyo la disciplina neurobiológica plantearon tres patrones dentro de los victimarios filicidas: los que realizan el delito debido al padecimiento de una alteración de los neurotransmisores, los

que se ven influidos por el género y las hormonas relacionadas con la sexualidad y aquellos que se producen por razones evolutivas.

2.2. El filicidio en España

Los crímenes cometidos por los padres hacia sus hijos parecen no ser analizados en profundidad en España, ya que por ejemplo en el año 2021 se produjeron 17 delitos de filicidio, que no han sido categorizados como tales ya que no existe un cómputo global de este tipo de homicidio. El Instituto Nacional de Estadística (INE) no hace referencia al vínculo entre víctima y victimario lo que relega el conocimiento de la existencia de este ilícito a las estadísticas de violencia de género donde el culpable únicamente puede ser el padre y no la progenitora. De entre los 17 sucesos acontecidos el pasado año, 6 fueron a manos del ascendiente varón mientras que 4 de ellos fueron perpetrados por las madres. El resto tuvieron lugar bajo el consenso de los dos miembros de la pareja, salvo el último que fue llevado a cabo por el padrastro del menor (Sharife, 2022).

Sobre esta base el Ministerio del Interior recoge que, entre 2011 y marzo de 2021, 78 menores de edad fallecieron como consecuencia de la violencia que sus ascendientes ejercieron contra ellos. Así mismo, entre los años 2004 y 2007, 48 niños fueron víctimas de infanticidio según indico el Centro Reina Sofía (2008, como se citó en Barón, 2021). Ahora bien, se desconoce qué integrante del dúo paterno llevó a cabo el filicidio. En los casos en los que el asesinato se ha producido dentro de un contexto de violencia machista el conocimiento de la autoría paterna se ve facilitada desde que en 2015 se introdujera a los hijos como víctimas directas de esta tipología (Sosa, 2021).

En esta línea, uno de los únicos estudios que ha investigado a fondo esta problemática en España fue el elaborado por Company et al. (2015) indagando en el estado del filicidio desde el año 2000 al 2010. En él se trabajó con 58 delitos de los cuales un 63,8% se corresponden con el asesinato de un menor de edad superior a un año de vida, el 17,2% con el infanticidio y el 19% con el neonaticidio. Destaca el hecho de que las autoras en su gran mayoría fueron mujeres y aún más que el neonaticidio fue exclusivamente cometido por ellas. Así lo afirma también la criminóloga Beatriz de Vicente (2019, como se citó en Morcillo, 2019):

Cuando hablamos de delitos en el ámbito intrafamiliar la estadística se invierte. Ahí la mujer es víctima mucho más que el hombre, por parte de la pareja, pero cuando hablamos del filicidio o el neonaticidio o incluso la agresión a ancianos los términos cambian. En el filicidio, matar al hijo, rondamos el 70% de mujeres autoras y en el neonaticidio (cometidos en las primeras 24 horas de vida) puede llegar al 95%, esto en líneas generales y a nivel mundial. (p.1)

A su vez, se constató que el 55,2% de los homicidas padecían un trastorno mental y que el 17,2% acabó suicidándose una vez cometido el ilícito penal. A nivel internacional la autoría principal de las féminas ha sido corroborada por el estudio chileno de Benítez-Borrego et al. (2013) y la investigación finlandesa de Kauppi et al. (2010). En relación con la época vital de los agresores, Brown et al. (2019) concluyeron una edad media de 32 años para ambos géneros, aunque Benítez-Borrego et al. (2013), sostienen una media inferior en el caso de las mujeres.

2.3. Hombres filicidas

A través de dos investigaciones chilenas realizadas por Benítez et al. (2013) y Osorio (2017), ha sido posible extraer una serie de características comunes entre los filicidas masculinos. Desde la perspectiva más general se ha establecido una edad media de 31 años en estos agresores, así mismo se ha comprobado que en el momento de comisión del delito disponían de empleo, habían mantenido una relación matrimonial y pertenecían a una clase social media-baja. Al mismo tiempo, se ha identificado un pasado delictivo marcado por la falta de habilidades sociales y control de las emociones, lo cual puede situarse como desencadenante de la fuerte y recurrente violencia ejercida hacia las víctimas, normalmente de una edad superior a los 5 años. Teniendo en cuenta este hecho no resulta complejo encontrar antecedentes de violencia intrafamiliar o que se produzca el asesinato de la pareja junto al de los hijos.

Otro elemento destacado es la prevalencia de trastornos de personalidad en hombres que cometen filicidio frente a las alteraciones emocionales que presentan las féminas. El modus operandi utilizado por los varones se ve marcado por el empleo de un exceso de golpes con fines en un principio correctivos, el uso de instrumentos

punzantes o la estrangulación, produciéndose el fallecimiento del menor de forma inintencionada y ausente de planificación (Cárdenas, 2020).

Weekes-Shackelford y Shackelford (2004), sostienen que la presencia de un padrastro puede ser un factor de riesgo del filicidio, dado que podría no existir una aceptación por parte del menor de la nueva figura paterna, generando con el tiempo intensas emociones de rabia en el hombre. En consecuencia el maltrato tiende a ser más agresivo que el que se presenta en padres biológicos.

En último lugar, es inevitable hacer alusión a la tasa de suicidio posterior a la comisión del crimen, la cual es extremadamente común entre el colectivo masculino. Su causa puede estar motivada por el remordimiento, la vergüenza, la evasión de las consecuencias penales, la evitación de consecuencias sociales o la existencia de alteraciones psicológicas (Dawson, 2015).

2.4. Mujeres filicidas

A fin de determinar los elementos definitorios de las mujeres filicidas se va a partir de un estudio llevado a cabo en Argentina por parte de Folino et al. (2007, como se citó en Cárdenas, 2020). En esta investigación se trabajó con 46 féminas que se encontraban en calidad de procesadas, juzgadas o bajo la imposición de medidas de seguridad por el delito de filicidio. El 83% de las participantes eran las madres biológicas de las víctimas, todas ellas conscientes de su proceso de embarazo. La edad media se situaba en los 28 años, cifra algo inferior a la presentada por los varones. El 36% de las victimarias relató haber sufrido violencia intrafamiliar a lo largo de su vida y el 17% haber recurrido a las autolesiones como mecanismo para aliviar la angustia emocional. Teniendo estos elementos en consideración se concluyó que el 19% padecía una psicopatología y el 8,5% abusaba de las drogas.

Al mismo tiempo Espriella (2006) sostiene la involucración de un cuadro psicótico en el homicidio consumado por mujeres, en contraposición a los trastornos de personalidad que se asocian a los hombres filicidas. La psicosis posparto, la negación del embarazo o elementos no psicóticos como la depresión, las adicciones o las discapacidades intelectuales, trastornan considerablemente las facultades intelectivas

necesarias para que una mujer realice sus actividades cotidianas, aumentando el peligro de que una madre decida poner fin tanto a su propia vida, como a la del bebé, ya que el 62% decide suicidarse. No obstante, en muchos de los casos ni las progenitoras ni su entorno conocen de la existencia de su patología, por lo que en el momento de cometer el ilícito se suman circunstancias estresantes, como problemas financieros, maritales, familiares, presiones sociales o el desagrado hacia la reciente la maternidad (Cárdenas, 2020).

Aunque las acciones delictivas más empleadas son el uso de veneno, la estrangulación, la asfixia, las lesiones mortales mediante golpes y el ahogamiento, a menudo la negligencia es la causante de la muerte de niños, especialmente de neonatos. Los bebés menores de 6 meses corren mayor riesgo de ser víctimas de filicidio, teniendo en cuenta que en ese espacio temporal la posibilidad de que la madre desarrolle una psicopatología post-parto es elevada. Siendo así, las primeras 24 horas de vida son las más arriesgadas, pero una vez superadas la curva del peligro comienza a disminuir (González y Muñoz-Rivas, 2003).

A pesar de esta generalización resulta inevitable hacer mención a las circunstancias concretas que rodean el filicidio, el infanticidio y el neonaticidio (Tablas 2, 3 y 4):

Tabla 2.

Características del filicidio femenino.

CARACTERÍSTICAS	Suceso normalmente no planificado que ocurre de manera fortuita. Los menores suelen no ser esperados ni deseados por la madre.
MOTIVACIÓN	Alteración mental o vida marcada por la violencia.
VICTIMARIA	Suelen formar parte de una relación matrimonial generadora de gran estrés y carente de apoyo. Existe un aislamiento social y abusos en la infancia. Consciencia de su estado gestacional a lo

	largo de los 9 meses.
MODUS OPERANDI	Apuñalamiento con posterior intento de suicidio materno (Cárdenas, 2020).

Elaboración propia.

Tabla 3.

Características del infanticidio femenino.

CARACTERÍSTICAS	Es un tipo de filicidio no muy común, que se produce cuando la muerte del menor se da antes de que aproximadamente este alcance un año de edad. Existe un maltrato continuado y repudio hacia el descendiente. El asesinato puede realizarse con la ayuda de una pareja con inclinaciones violentas.
MOTIVACIÓN	Alteración mental, intensas emociones de cólera o una maternidad temprana.
VICTIMARIA	Puede padecer una enfermedad mental, haber vivido el parto como un suceso traumático o carecer de apoyo familiar debido al estigma de madre joven o miedo a los juicios de valor que se puedan realizar en base a las creencias religiosas. Consciencia de su estado gestacional a lo largo de los 9 meses.
MODUS OPERANDI	Asfixia, apuñalamiento o incluso cremación del menor (Cárdenas, 2020).

Elaboración propia.

Tabla 4.

Características del neonaticidio femenino.

CARACTERÍSTICAS	La madre actúa de forma solitaria y usualmente ha ocultado la gestación.
------------------------	--

MOTIVACIÓN	Embarazo no deseado, trastorno mental, ruptura amorosa, miedo a las represalias sociales, problemas financieros, ilegitimidad del bebé, paternidad extramarital, gestación resultado de una agresión sexual o percibir al menor como óbice en su vida futura.
VICTIMARIA	<p>Mujeres jóvenes (menores de 20 años) y solteras, que carecen de estabilidad económica y social, es común que residan con sus padres. Presentan un bajo nivel educativo, no suelen tener trastornos mentales y además optan por esconder voluntariamente el embarazo.</p> <p>Tras la comisión del crimen es posible que desarrollen un trastorno de estrés postraumático o una depresión post-parto, aunque también podrían llegar a fingir estas psicopatologías.</p>
MODUS OPERANDI	Asfixia, maltrato mediante golpes, envenenamiento o comportamiento negligente (Cárdenas, 2020 y González y Muñoz-Rivas, 2003).

Elaboración propia.

Los autores Mckee y Egan (2013, como se citó en Barón et al, 2021) clasificaron tres ciclos dentro del filicidio cometido por las féminas:

- **Fase pre criminal:** en esta etapa se agudizan las situaciones en las que las madres pueden llegar a considerar la muerte de su hijo o deciden ocultar su embarazo. Entre estas condiciones se sitúan: la llegada de una ruptura amorosa (divorcio, separación o disputa) y la presencia de antecedentes psicopatológicos. Las mujeres pueden manifestar un trastorno depresivo o esquizotípico, además de abusar de sustancias psicoactivas o del alcohol.
- **Fase criminal:** se inician los actos encaminados a poner fin a la vida de los menores. Esta etapa concuerda con la escena del crimen y se compone de una serie de variables:

- **Acción criminal:** asfixia, apuñalamiento, contusiones, envenenamiento, cremación, estrangulamiento, abandono o negligencia.
 - **Arma elegida:** será necesario comprobar si la herramienta empleada se escogió con anterioridad o en el momento de la agresión.
 - **Conciencia forense:** atender al comportamiento del victimario, esto es, observar si eliminó las pruebas del crimen.
 - **Estado del cuerpo:** a simple vista se podía descubrir al difunto o se encontraba oculto, esto aporta información sobre el nerviosismo que puede existir en el autor sobre la posibilidad de ser descubierto.
 - **Localización del cadáver:** el cuerpo sin vida de la víctima se mantuvo en la escena del crimen o por el contrario se trasladó a otra ubicación (contenedores de basura, agua, maletas, entierro, etc.)
- **Fase post criminal:** hace referencia al comportamiento tras el crimen. Entre las conductas se pueden encontrar: el suicidio, el encubrimiento de pruebas o la declaración. Así mismo, se subraya la rápida recuperación física y psíquica de las neonaticidas jóvenes, posibilitando retomar sus tareas cotidianas.

2.5. Trastornos mentales y filicidio

Entre los factores inductores al filicidio a lo largo de este trabajo se ha ido señalando la prevalencia de trastornos mentales entre los perpetradores de dicho crimen. De este modo, a pesar de no existir un completo acuerdo en la literatura científica, Lambie (2001, como se citó en González y Muñoz-Rivas, 2003) sostiene que un 75% de los progenitores que acaban con la vida de sus hijos presentan una sintomatología psiquiátrica. Aunque hay que tener en cuenta que existen discrepancias sobre si las alteraciones mentales se manifiestan en mayor medida en mujeres que en hombres. En este sentido, Benítez et al. (2013) apoyan la idea de una ínfima diferencia entre géneros mientras que Brown et al. (2019) defienden una mayor muestra de psicopatologías en las féminas. Un elemento a resaltar es que la prevalencia de trastornos mentales en los filicidios es más alta que la que tienden a presentar los victimarios de otras categorías homicidas al igual que las inclinaciones suicidas (Barón et al, 2021; Benítez et al., 2013; Brown et al., 2019).

Haciendo hincapié en las mujeres filicidas es imperativo resaltar que, en contraposición a la creencia popular, el estado gestacional no siempre tiene porque ser una etapa de dicha y felicidad, ya que momentos después de dar a luz la posibilidad de desarrollar una sintomatología psiquiátrica se ve exponencialmente incrementada. Esto es, existe un 25% más de probabilidad de que aparezcan problemas psicóticos y un riesgo triple de que se presente un trastorno depresivo en la madre (González y Muñoz-Rivas, 2003). Es más, Resnick (1969, como se citó en González y Muñoz-Rivas, 2003) declara que incluso cualquier progenitora puede sentir un impulso homicida hacia su hijo en un momento dado sin que esto signifique que vaya cometer un asesinato. Por ello, no resulta inusual que algunas de las madres decidan consultar sus tendencias destructivas con un profesional de la salud mental a fin de tranquilizar su estado emocional.

La investigación realizada por los psiquiatras Stanton et al. (2000) sobre féminas que habían cometido el delito de filicidio concluyó enunciando que dichas mujeres padecían una esquizofrenia, un trastorno maníaco-depresivo o un trastorno depresivo. Sus motivaciones eran interpretadas de manera altruista o como una parte más de su posterior suicidio. Además, a pesar de ser conscientes de su patología afirmaban que la misma y el estrés se habían visto acrecentados con la llegada de la maternidad. Por ello se arrepentían de su comportamiento pero al mismo tiempo se catalogaban como responsables del delito. De hecho, algunas de ellas relataban ocasiones cariñosas con sus hijos, aunque igualmente señalaban que la enfermedad mental impedía que disfrutaran al completo de la experiencia, no sintiéndose a la altura de sus expectativas como madres.

En este contexto destaca la involucración en la comisión de los actos filicidas del grupo de las esquizofrenias y de los trastornos psicóticos así como de los trastornos afectivos especialmente la depresión mayor y los trastornos bipolares.

Los trastornos relacionados con la esquizofrenia son los más alienantes, generando conductas bizarras, raras o anormales, en definitiva son aquellos que más se asocian con la enajenación mental. Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios diagnósticos para poder hablar de trastorno de esquizofrenia son:

A. **Síntomas típicos:** dos o más de los siguientes síntomas, debiendo estar cada uno presente durante un periodo importante a lo largo de un mes (o por un tiempo inferior si hubo un tratamiento exitoso). Cuanto menos uno de los tres primeros síntomas debe aparecer:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado.
4. Conducta caracterizada por la desorganización o la catatonía.
5. Síntomas negativos, como puede ser la abulia o una aminoración de la expresión emotiva.

B. **Alteración social y/o laboral:** a lo largo de una extensión de tiempo representativa desde que comenzara el trastorno el rendimiento en esferas significativas, tales como la ocupación laboral, las relaciones sociales o el autocuidado ha sido sumamente inferior al presentado con anterioridad

C. **Duración:** los síntomas han de manifestarse al menos durante seis meses y durante como mínimo un mes ha de estar presente el criterio A, pudiendo implicar fases de síntomas residuales o prodrómicos. En estos ciclos los síntomas tienden a mostrarse de forma moderada.

De este modo teniendo en cuenta que la esquizofrenia más común en adultos es la de tipo paranoide, donde predominan las ideas delirantes y las alucinaciones, las progenitoras que la padecen no llevaron a cabo una plan para acabar con la vida de su hijo sino que su conducta fue fruto de una inesperada pulsión. Así, es posible señalar que en el momento de comisión del delito mientras la madre se encuentra dentro del contexto delirante el crimen es egosintónico mientras que una vez finalizado el estado de enajenación mental el filicidio se vuelve egodistónico (González y Muñoz-Rivas, 2003).

Por su parte, el DSM-5 (APA, 2013) establece los siguientes criterios diagnósticos para referirse al trastorno depresivo mayor:

- A. Durante mínimo dos semanas se presentan cinco (o más) de los síntomas que se describen a continuación siempre y cuando se haya producido una alteración en relación a la situación precedente. Es más, el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer deben ser síntomas que se manifiesten:
1. **Estado de ánimo deprimido** gran parte del día, casi todos los días, como lo demuestran las observaciones o informes subjetivos de otras personas.
 2. Una marcada **disminución en el interés** o disfrute en todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo, casi todos los días.
 3. **Pérdida de peso** significativa sin hacer dieta o aumento de peso importante, disminución o incremento del apetito casi todos los días.
 4. **Insomnio** o **hipersomnia** casi todos los días.
 5. **Agitación psicomotora** o **letargo** casi todos los días.
 6. **Fatiga** o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o **culpa** que son abrumadores o inapropiados (quizás imaginarios) casi todos los días (no solo arrepentimiento o culpa por la enfermedad).
 8. **Disminución de la capacidad para pensar** o concentrarse, o ambivalencia casi todos los días (informada u observada subjetivamente).
 9. **Pensamientos repetidos de muerte** (no solo el miedo a la muerte), pensamientos repetidos de suicidio sin un plan específico, intentos de suicidio o un plan concreto de suicidio.
- B. Síntomas que causan dolor o deterioro clínicamente significativo de funciones sociales, ocupacionales u otras funciones importantes.
- C. La afección no se puede atribuir a los efectos fisiológicos directos de la sustancia (p. ej., fármacos, sustancias psicoactivas) ni a un estado de salud general (p. ej., hipotiroidismo).

- D. Un episodio depresivo mayor que no puede explicarse mejor por esquizofrenia, esquizofrenia, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia específico o no especificado, y otros trastornos mentales.
- E. Nunca ha presentado un episodio maníaco o hipomaníaco.

También resulta imprescindible hacer mención a la depresión postnatal la cual está incorporada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) con el nombre de *trastorno depresivo durante el período perinatal*. Esta psicopatología se da entre el 10 y el 15% de las madres a lo largo de los seis primeros meses de vida del bebé. No obstante, el episodio depresivo puede comenzar durante el periodo gestacional. Así mismo, se han situado una serie de circunstancias que pueden implicar una mayor probabilidad de desarrollar este trastorno: baja autoestima, antecedentes de episodios depresivos, problemas en las relaciones afectivas, carencia de apoyo social, eventos vitales estresantes o cuadros ansiosos durante el embarazo. El trastorno depresivo durante el periodo perinatal puede tener consecuencias en la construcción del vínculo entre los progenitores y el menor. Es más, un diagnóstico ausente o tardío se asocia con un trastorno depresivo crónico, el suicidio y el filicidio (Malpartida, 2020).

Las mujeres filicidas con trastornos depresivos detallan sus vidas como complejas y dolorosas debido a las distorsiones cognitivas generadas por su psicopatología. De este modo, alguna de estas féminas sostiene haber tenido pensamientos intrusivos sobre el fallecimiento de su descendiente días antes de cometer el ilícito o el presentimiento de su muerte. Dado que los planes de suicidio se encuentran dentro de los síntomas del trastorno depresivo, no es raro que las filicidas entiendan el asesinato del menor como parte de su propio suicidio (González y Muñoz-Rivas, 2003). Y es que esté presente esta psicopatología o no la literatura científica coincide en que el suicidio del autor tras cometer el crimen es un hecho más habitual de lo que se podría esperar (Álvarez, 2022).

3. TRASTORNOS DE NEGACIÓN DEL EMBARAZO

Hasta el momento todas las tipologías y elementos filicidas descritos han hecho referencia a progenitores, fundamentalmente a madres conocedoras de su embarazo. Sin embargo, no se puede olvidar la existencia de mujeres que, ajenas a su estado gestacional, ponen fin a la vida de un hijo del que jamás tuvieron consciencia. Se habla entonces de los trastornos de negación del embarazo.

En primer lugar, es necesario diferenciar la existencia de tres fenómenos sumamente conexiones vinculados a la gravidez: la negación no psicótica del embarazo, la ocultación del mismo y la denegación del embarazo fruto de una patología psicótica. Las dos primeras tipologías han sido unificadas por algunos autores con la etiqueta de *embarazo negado*, pues entienden este acontecimiento como un continuo que discurre desde el encubrimiento hasta la no afirmación de la preñez. A pesar de ello, esta denominación no aparece recogida en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ni en la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) (Beier, Wille y Wessel, 2006, como se citó en Maldonado, 2011; López, 2019; Olza, 2021b).

Con el fin de llegar a comprender en profundidad dichos fenómenos se partirá de una serie de casos relativos a la ocultación del embarazo, la negación psicótica del embarazo, y la negación no psicótica o disociativa del embarazo.

3.1. Ocultación del embarazo

La disimulación del embarazo tiene lugar cuando una mujer es conocedora de su estado gestacional pero decide esconderlo, por temor a las repercusiones que en su vida pueda plantear, por el desagrado que pueda llegar a generar en sus progenitores o por obstáculos económicos. Es decir, se trata de una negación externa. Suele ser común su aparición en adolescentes o jóvenes adultas, que viven con sus padres, siendo el 42% menor de 20 años. En el embarazo oculto, la madre sabe que está embarazada pero no informa de ello, esto puede generar partos espontáneos, precipitados, con graves peligros para el bebé y para la progenitora. Teniendo en cuenta que no ha habido un control del embarazo el parto puede producirse en ausencia de asistencia médica

especializada, llegando a tener lugar la muerte del feto en el útero o en el nacimiento. Incluso puede ocurrir un neonaticidio por negligencia (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2019).

En los casos estudiados por Rojas et al. (2010) al confirmarse la gravidez las jóvenes que sintieron fuerte intranquilidad hacia la posible pérdida de apoyo familiar, miedo a la crítica social, al rechazo o dudas sobre como sobrellevar la novedosa situación optaron por esconder el embarazo a su entorno más cercano. Con la llegada al mundo del menor o el descubrimiento del estado gestacional la reacción del grupo social fue diversa, en ciertas situaciones la tristeza, la decepción, las críticas y la desconfianza dieron paso al apoyo de la fémina de cara a su nueva etapa vital. Mientras que por otro lado, algunas familias se inclinaron por la marginación o exclusión del núcleo familiar. En lo relativo al grupo de pares, un tercio de las embarazadas les escondió su preñez. En esta línea destaca que la mayoría de los varones presentaron una actitud muy crítica con la mujer, sin embargo, las féminas ofrecían apoyo tanto para continuar con la gestación como para interrumpirla.

Pedreira (1995) afirma que dos de cada tres jóvenes esperan más de cinco semanas desde la última menstruación para realizarse la prueba de embarazo, este hecho supone una forma de negación, puesto que es una acción que busca no reconocer el estado gestacional y el aplazamiento de las decisiones al respecto. Con el fin de enmascarar los cambios físicos es frecuente que las madres opten por usar prendas de vestir holgadas, así como simular mensualmente la aparición del periodo, por lo que su círculo más cercano no tiene ningún conocimiento de la situación. Así mismo, no suelen aparecer síntomas comunes de embarazo como vómitos, náuseas o antojos. Tampoco se realizan visitas médicas y en el caso de hacerlo se producen en el límite legal para recurrir a la interrupción del embarazo. Esta actitud evitadora anula la posibilidad de abortar y prorroga el enfrentamiento de la realidad, teniendo como resultado una negación completa del futuro próximo (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2019).

El encubrimiento de la gravidez se produce por temor o vergüenza a perder el empleo, a la reacción del entorno, a una inestabilidad socioeconómica y a circunstancias vitales estresantes como: traumas infantiles, conflictos interpersonales o problemas en las relaciones sexoafectivas. Normalmente el perfil de estas mujeres se caracteriza por

su pertenencia a una familia religiosa, estricta y desordenada donde la f emina se percibe como una niña que no tiene la posibilidad de concebir un hijo. La baja autoestima y el abuso f isico y emocional suelen verse implicados en este fen omeno. De esta manera, en el momento del parto es habitual que finjan una total inconsciencia sobre la llegada del beb e. También puede diagnosticarse la ocultación del embarazo en el postparto, una vez la mujer haya superado el padecimiento de una eclampsia en su propia vivienda, poniendo en peligro su vida y la del beb e. (Gomes y Medeiros, 2012; L opez, 2019).

En los casos analizados por el estudio de L opez (2019), la primera mujer que presentó encubrimiento del embarazo tenía 28 años de edad, era soltera y nuligesta, esto es, llevaba una vida sexual activa, pero carecía de un historial de anteriores gestaciones. La joven acudió a la consulta ginecológica junto a su madre ya que presentaba una distensión abdominal y tenía la creencia de que se debía a la existencia de un tumor. Tras la exploración se comprob  que la f emina se encontraba embarazada de 5 meses, lo que provocó una reacción de gran enfado por parte de la progenitora, que llegó a abofetearla, no solo por la gravidez sino porque comprob  la falta de confianza y engaño por parte de su hija. Momentos después la futura madre afirmó que la ausencia de menstruación, el aumento de peso y el crecimiento de su vientre la hicieron sospechar de un posible embarazo, no obstante, al no aceptarlo prefirió ocultar la situación. A través de este caso se hace visible la tesitura negativa que las personas que ocultan su embarazo tratan de evadir en todo momento, el rechazo y el enfado de su entorno. No obstante, el encubrimiento en este suceso en concreto acrecentó la ira y disgusto de la familiar, dado que a la sorpresa del estado gestacional de su hija se sum  la revelación de un sentimiento de incredulidad hacia ella.

El segundo caso descrito por L opez (2019) es el de una f emina de 17 años de edad, que de nuevo cree supuestamente padecer un tumor en el abdomen. Una vez el especialista realiza el reconocimiento descubre que la joven lleva en su vientre un feto de 7 meses. La reacción de la madre que acompañaba a esta menor difiere de la anterior, ya que aunque muestra sorpresa por el embarazo de su hija manifiesta un fuerte alivio al no existir un tumor.

Por último, es importante señalar que un apego prenatal positivo es un predictor de un vínculo sano entre madre e hijo, ya que el embarazo oculto es un indicador de

futuro abandono del menor. En este sentido, la relación prenatal con el descendiente puede fluctuar desde una actitud posesiva viendo en el bebé la única motivación vital, a una agresiva de rechazo perjudicando el desarrollo del feto. Estas reacciones pueden tener origen en un sentimiento de culpa, en el que la mujer se siente desvalorizada por la escasa tolerancia social hacia su situación, entendiéndola la gravidez como una sanción por su conducta sexual (López, 2019; Pedreira, 1995).

3.2. Negación psicótica del embarazo

La negación psicótica del embarazo tiene su origen en una enfermedad psicótica. La mujer presenta las alteraciones corporales propias del estado gestacional, lo que hace que su embarazo sea visible para los demás. Sin embargo, su psicosis provoca que esté fuera de la realidad reiterando la inexistencia de su preñez, siendo imposible convencerla de lo contrario (Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011).

El vocablo psicosis hace alusión a los trastornos mentales en los que no se mantiene un contacto con la realidad, es decir se refiere a cuando un individuo sufre un episodio psicótico. Esta psicopatología se manifiesta especialmente en sujetos jóvenes, llegando a afectar a un 3% de esta población. Durante la experiencia psicótica se producen cambios en la actitud y el pensamiento, teniendo como consecuencia ideas bizarras e inverosímiles. Los síntomas más comunes son:

- **Pensamientos desordenados:** los razonamientos e ideas más sencillos se trocan confusos o comienzan a perder la relación entre ellos. El habla se hace ininteligible y la capacidad de concentrarse, seguir una conversación o memorizar se convierte en una ardua tarea. A su vez los pensamientos aparentan acelerarse o mostrarse con lentitud.
- **Delirios:** existe un total convencimiento en el delirio desarrollado, por lo que a pesar del empleo de la lógica por el resto de sujetos el individuo que sufre un episodio psicótico no deja de admitir y defender su falsa creencia. En este sentido, una mujer gestante la cual padece negación psicótica del embarazo

puede interpretar los movimientos del feto como parásitos que habitan en su vientre y no como una futura vida humana.

- **Alucinaciones:** se perciben, se ven, se oyen o se sienten elementos que realmente no están presentes.
- **Modificaciones de la afectividad y la percepción:** de forma repentina y sin motivo el estado anímico del sujeto cambia sintiéndose extraño y percibiendo el movimiento de los objetos de manera paulatina. Así mismo, se pasa de un estado eufórico a otro depresivo vertiginosamente, aunque también puede que la intensidad de las emociones se vea reducida.
- **Alteración de la conducta:** el comportamiento sufre una variación con respecto a la conducta habitual de la persona. Estas pueden volverse excesivamente activas o inactivas, realizar acciones inapropiadas para el momento o enfadarse sin razón alguna (EPPIC, 2000; Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011).

Aunque la psicosis afecta de modo distinto a cada sujeto, se pueden distinguir una serie de trastornos mentales vinculados a esta patología:

- **Psicosis inducida por las drogas:** tanto el abuso de sustancias o alcohol como su abstinencia pueden originar un episodio psicótico. Este puede remitir en el momento en que desaparezcan los efectos de las drogas, pero también puede permanecer como consecuencia de su consumo excesivo.
- **Psicosis orgánica:** en estos casos la psicosis es resultado de un grave daño en la cabeza o fruto de una enfermedad que afecte a la actividad cerebral como la encefalitis o la presencia de un tumor. La amnesia o el desconcierto son síntomas comunes que se añaden al episodio psicótico.
- **Psicosis reactiva breve:** los síntomas psicóticos se manifiestan de forma aguda ante un evento estresante en la cotidianidad de un sujeto, pero remiten en un periodo de tiempo muy breve desde su aparición.

- **Trastorno delirante:** su característica esencial es la creencia en hechos que no son verdaderos.
- **Esquizofrenia:** este concepto hace referencia a las enfermedades psicóticas en las que los síntomas se manifiestan durante más de seis meses .
- **Trastorno esquizofreniforme:** la única diferencia de este trastorno con respecto del anterior es que los síntomas se presentan en un periodo inferior a los seis meses.
- **Trastorno bipolar (maníaco-depresivo):** esta enfermedad mental se caracteriza por la sucesión de una fase de manía, de gran euforia, seguida de una etapa depresiva. En este sentido la psicosis forma parte de ambos periodos puesto que también afecta al estado anímico del sujeto. Es decir, en la fase melancólica puede escuchar voces que le incitan al suicidio o, tener la certeza de ser capaz de conseguir grandes logros en la etapa de excitación.
- **Trastorno esquizoafectivo:** es un diagnóstico singularizado por la combinación de síntomas de un trastorno del estado de ánimo, tales como la manía o la depresión y episodios psicóticos.
- **Depresión psicótica:** se produce cuando existe una depresión grave más síntomas psicóticos sin embargo, no existe fase de gran excitación luego, no se habla de trastorno bipolar (EPPIC, 2000).

En estudio realizado por López (2019) sobre la negación del embarazo y el embarazo oculto se relata el caso de una mujer de 28 años de edad, primigesta y con esquizofrenia. La joven acude a los servicios de urgencias aquejando fuertes dolores en el abdomen y espalda baja. Una vez es atendida se descubre que los dolores se deben a que se encuentra en la fase de expulsivo, en la que comienzan los pujos. En el paritorio da a luz a una niña y momentos después se informa a sus familiares, quienes acuden velozmente al hospital puesto que desconocían del estado gestacional de la mujer y se negaban a creerlo. Probablemente la existencia de un trastorno relacionado con la esquizofrenia provocó que esta madre fuera ajena a su gravidez a pesar de presentar los

síntomas característicos de la misma (distensión abdominal, subida de peso, etc.,) No obstante, en este caso el embarazo también pasó desapercibido para el círculo cercano, que no atribuyó los cambios físicos a una futura maternidad.

Retomando la cuestión de la negación psicótica del embarazo, varios autores entre ellos Walloch et al. (2006 como se citó en Maldonado, 2011) sostienen que esta denegación es una manifestación del Síndrome de Cotard (1880, como se citó en Huarcaya y Podestá, 2018). Dicho estado psiquiátrico presenta una prevalencia ínfima entre la población y se caracteriza por que quienes lo padecen rechazan la existencia de ciertas partes corporales (extremidades, riñones, cerebro, etc.,) o de toda su corporeidad. Es más, estas personas llegan a presentar un delirio de negación o nihilista al oponerse a la objetividad de la realidad que los engloba cuestionando su propia existencia y afirmando estar muertos. La denegación de partes del cuerpo no es un síntoma único de este síndrome, dado que suele ir acompañado de estados ansiosos y agitación, o formar parte de una esquizofrenia, una depresión psicótica o mayor, así como de la enfermedad de Parkinson o afecciones cerebrovasculares.

Según el experto en neuropsicología cognitiva y neuropsiquiatría cognitiva Max Coltheart (como se citó en BBC, 2015), para que se desarrolle el Síndrome de Cotard:

Se requieren dos factores (...). El primero es una anomalía neurobiológica que produce mecanismos neuropsicológicos alterados y que lleva a una experiencia subjetiva altamente anormal. En segundo lugar, también se requiere una falla de los mecanismos lógicos que se conoce como el sistema de evaluación de creencias; porque una persona puede tener problemas de despersonalización, pero no llegar a la conclusión de que está muerta (p.1).

3.3. Negación no psicótica o disociativa del embarazo

En lo que respecta al trastorno de negación no psicótica o disociativa del embarazo, este se ha entendido como una contraposición de la pseudociesis, llegando en ambas situaciones a imponerse la mente sobre los elementos corpóreos (Maldonado, 2011).

La gestación psicológica fue descrita por vez primera por el médico inglés John Mason Good (1823, como se citó en Fernández et al., 2010), aunque ya desde la época de Hipócrates se hablaba sobre su existencia. Este trastorno puede darse en mujeres de edades muy diversas y consiste en la existencia de una creencia falsa de embarazo. En esta afección participan multitud de factores tales como un alto deseo por ser madre, necesidad de llamar la atención, eventos vitales emocionantes o un trastorno depresivo entre otros. Las personas que padecen pseudociesis no solo tienen la certeza de estar embarazadas sino que manifiestan los síntomas propios de un embarazo al uso: náuseas, vómitos, amenorrea, crecimiento del abdomen, aumento de peso y/o cambios en las glándulas mamarias. Además, resulta necesario señalar que dicha sintomatología no es generada por un delirio, sino que es verdadera, fruto de los cambios hormonales derivados de un estado anímico ansioso y estresante (Pinedo, 2022).

Por su parte, la negación no psicótica o disociativa del embarazo se trata de una negación interna, en palabras de Sabina del Río (2020) de:

Una desconexión total (...) de un trastorno consistente en que estando la mujer embarazada, incluso en un avanzado estado de gestación, no es consciente de ello. No suele manifestar ningún malestar asociado a nivel físico, y ni siquiera los familiares y personas que la rodean perciben su estado. Anula, niega o elimina una realidad que, por diferentes motivos, para ella es impensable (pp.1-2).

Esto es, al contrario de lo que ocurre en el embarazo psicológico, en esta psicopatología la mujer verdaderamente se encuentra en estado gestacional. Sin embargo, carece de la consciencia psicológica de la propia preñez al igual que de las alteraciones fisiológicas. En consecuencia su futuro hijo se transforma en un polizone, que convive clandestinamente en el vientre materno (Del Río, 2020; Gomes y Medeiros, 2012).

Las características principales de la negación no psicótica o disociativa del embarazo son:

- La existencia de una subjetiva seguridad de no encontrarse en estado de gestación.

- La carencia de signos y síntomas propios de la gravidez (distensión abdominal, ausencia de períodos menstruales, náuseas, vómitos etc.,) o en caso de que se presenten no se asocian a la preñez.
- A lo largo del embarazo pueden haberse realizado exploraciones médicas debido a una sintomatología típica de la gestación, tales como mareos o dolores de cabeza. Sin embargo, en ningún momento los ginecólogos han confirmado que la mujer esté embarazada.
- La futura madre lleva a cabo sus actividades sociales cotidianas, viste las mismas prendas, no evita situaciones que impliquen dejar a la vista su cuerpo, pero aún así ni su entorno ni ella se dan cuenta de la gravidez.
- En el caso de que la mujer tenga pareja y mantengan relaciones sexuales de forma habitual ambos desconocen la posibilidad de que se este produciendo un embarazo. A esto se suma que muchas de estas féminas utilizan métodos anticonceptivos por lo que para ellas y sus posibles parejas sexuales resulta inimaginable la probabilidad de concebir un hijo.
- Al no tener conocimiento de la preñez las mujeres no tienen pensamientos relacionados con la práctica de una aborto voluntario.
- Existe una completa falta de preparación para el nacimiento y para la maternidad en general. Ni la futura madre ni el feto han recibido los cuidados específicos de un médico obstetra ni la atención médica prenatal necesaria. Esto repercute en la última característica.
- Se produce un parto inesperado de alto riesgo para la mujer y para el feto. Puede tener lugar una ruptura uterina o una eclampsia, que es la presencia de convulsiones o coma durante el parto o en las horas posteriores al puerperio (MedlinePlus, 2020). Además, el recién nacido corre el peligro de no recibir un cuidado correcto tras el nacimiento, incluso llegar a fallecer. Así mismo, puede producirse una interpretación

negativa del alumbramiento donde el pánico de la nueva madre hace que pierda el contacto con la realidad (López, 2019; Maldonado, 2011)

Este tipo de denegación del embarazo puede exteriorizarse en diferentes niveles, siendo estos la negación total y la negación parcial. Muchas de estas mujeres no son conscientes de su estado gestacional hasta el momento de dar a luz al niño, se habla entonces de negación no psicótica total del embarazo o embarazo críptico. El concepto críptico procede del vocablo griego *kryptos* que significa oculto. Estos son los casos más extremos, donde el desconcierto de las madres es tal con la llegada del bebé, que algunas de ellas abandonan o inclusive acaban con la vida de sus propios hijos. La negación total se da en uno de cada 2.500 embarazos. En el momento del parto, tras transcurrir nueve meses sin conocer de su preñez, los síntomas físicos se manifiestan fuerte e inevitablemente, descubriendo lo que de manera automática su cuerpo y mente rechazaban (Del Río, 2020; Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011; Pascual, 2022).

Por el contrario, se hace referencia a negación parcial, cuando una fémina es sorprendida por un embarazo a partir del quinto mes de gravidez. Entonces, lo que hasta hace tan solo unos días o unas semanas era imperceptible, se vuelve visible, ya que el vientre comienza a crecer rápidamente, llegando a aumentar una talla en menos de 48 horas. De igual modo, en estas ocasiones las mujeres tienden a aceptar el embarazo, superando el miedo que puede generar no haber recibido cuidados específicos o un control previo. No obstante, también hay quienes se inclinan por camuflar su preñez hasta el nacimiento del bebé de esta manera la negación no psicótica se transforma en una ocultación del embarazo (Del Río, 2020; Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011).

La negación no psicótica del embarazo no se trata de un suceso novedoso, ya que en 1681 el ginecólogo francés François Mauriceau registró el primer caso de una fémina que desconocía su estado gestacional e investigó la causa de este hecho en la existencia de un sangrado a lo largo de todo el embarazo. El término que Mauriceau seleccionó para este fenómeno es *méconnaissance de la grossesse* cuya traducción al castellano es ignorancia de la gestación. En 1858 el psiquiatra Louis-Victor Marcé

estudió un suceso en el que una mujer ajena a su gravidez acabó con la vida del recién nacido momentos después de dar a luz. Dicha investigación propició que en el *Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas* (1865) se ocuparan diversos capítulos sobre la negación no psicótica del embarazo y su conexión con el neonaticidio y el infanticidio (Gomes y Medeiros, 2012).

Así mismo, en 1874 el doctor Isham redactó la situación de una joven la cual no tuvo conocimiento de su embarazo hasta las 35 semanas. Esta no padecía náuseas, ni distensión abdominal y la ausencia del periodo se achacaba al hecho de encontrarse en una etapa de lactancia. Por ello los dolores del parto fueron vinculados en un principio a un simple malestar en la zona del vientre. Por su parte, el estadounidense George Gould estudió en 1898 a nueve mujeres que carecían de conciencia sobre su gravidez. Ninguna de ellas presentaba los síntomas característicos de un embarazo, sus respectivos maridos tampoco se habían percatado del estado gestacional y, así pues, estas féminas confundieron el parto con cólicos procedentes del hígado. En 1900 se puso fin al estudio de la negación no psicótica del embarazo con el libro del francés Brouardel *Una mujer puede estar embarazada sin su conocimiento* y no será hasta los años 80 cuando el tema vuelva a ser retomado por los investigadores (Gomes y Medeiros, 2012).

Uno de los problemas que presenta el estudio de este fenómeno con respecto a un embarazo común es que el primero tan solo faculta a su análisis a posteriori, una vez se conoce la maternidad, mientras que del segundo se puede realizar un seguimiento a lo largo de todo el proceso de desarrollo del feto. A su vez resulta necesario subrayar que la negación disociativa del embarazo es un acontecimiento más habitual de lo que en un principio se pudiera pensar. De hecho, en Alemania de cada 2.455 embarazos uno es desconocido para la madre hasta el momento del parto. En Francia se estima que anualmente alrededor de 325 mujeres son sorprendidas con la maternidad cuando están dando a luz. Y en Gales una investigación llevada a cabo durante una década concluyó afirmando que este tipo de gestación se produce en uno de cada 2.500 nacimientos (Del Río, 2020; Gomes y Medeiros, 2012).

3.3.1. La disociación en el trastorno de negación no psicótica del embarazo

El trastorno de negación no psicótica del embarazo no solo implica la existencia de esta psicopatología sino que va asociado a la presencia de un trastorno disociativo, es decir, que el proceso psíquico del embarazo no se desarrolla a causa de un mecanismo disociativo. La psicóloga perinatal y experta en sexología Diana Sánchez (como se citó en Del Río, 2020) sostiene que:

Detrás de este trastorno de negación del embarazo hay otro trastorno latente, y éste es una manifestación o síntoma del mismo. Podría tratarse en muchas ocasiones aunque para ello aún hay que investigar mucho más de un trastorno de identidad disociativo (p.4).

Los trastornos disociativos constituyen una desconexión de las funciones integradoras de la memoria, la conciencia y la percepción o la completa discontinuidad entre los pensamientos, las emociones, los recuerdos, la actividad motora, el entorno o la conciencia de la identidad propia de un sujeto. Por tanto, se puede afirmar que la disociación es la escisión estructurada de los procesos mentales que normalmente se encuentran integrados. Quien padece un trastorno disociativo de manera involuntaria se evade de la realidad, pudiendo no llegar a discernir si aquello que está ocurriendo es real y verdadero. En cualquier momento una persona puede manifestar una sintomatología de desconexión del mundo que le rodea, sin embargo, habrá que atender a si dicha separación supone un obstáculo en la vida de esta (Álvarez, s.f.; Del Río, 2020; Mayo Clinic, 2021; Reyes, 2022).

La disociación es en definitiva una falta de conexión emocional. Generalmente los trastornos disociativos tienen su origen en experiencias traumáticas vividas en la infancia, es decir, contextos de abuso sexual, físico o psicológico y/o de negligencia psíquica o física. No obstante, establecer esta relación en ciertas ocasiones no es fácil ni única a causa de los mismos síntomas disociativos. Este trastorno podría señalarse como un mecanismo de defensa del inconsciente diseñado para mantener a raya los recuerdos dolorosos o las situaciones estresantes y angustiantes, pudiendo ir desde una amnesia al establecimiento de identidades alternativas (Álvarez, s.f.; Del Río, 2020; Mayo Clinic, 2021; Reyes, 2022).

Existen tres trastornos disociativos principales descritos por el DSM-5 (APA, 2013): la amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno por despersonalización o desrealización.

Los criterios diagnósticos de la amnesia disociativa son:

- A. Incapacidad para recordar datos e información autobiográfica relevantes, normalmente de contenido traumático o estresante, que no se corresponde con un olvido corriente. La amnesia disociativa es normalmente selectiva enfocada sobre sucesos concretos, mientras que la amnesia generalizada hace referencia a la incapacitación para recordar la identidad o la historia personal.
- B. Los síntomas del criterio A. provocan un gran malestar o alteraciones en las esferas personales de funcionamiento.
- C. Los síntomas no son generados por los efectos fisiológicos de sustancias o de otras condiciones médicas.
- D. La disfunción no se explica por la existencia de un trastorno de identidad disociativo, de estrés postraumático, de estrés agudo, por un trastorno por síntomas somáticos u otra psicopatología neurocognitiva.

Además debe especificarse si es una amnesia disociativa con fuga disociativa o sin ella, ya que esta puede suponer que la persona vage por un estado de confusión que lo aleje de su realidad y vida.

Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios diagnósticos para poder hablar de trastorno de identidad disociativo son:

- A. Interrupción de la identidad caracterizada por dos o más identidades de personalidad o por una experiencia de posesión. Esto implica una fuerte discontinuidad en el sentido de sí mismo y en la seguridad en sí mismo,

acompañada de alteraciones relacionadas con el afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción y la cognición, o con alteraciones sensoriales y motoras. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otros o reportados por el individuo.

- B. Lagunas recurrentes de memoria sobre eventos cotidianos, información personal importante y/o eventos traumáticos que son incompatibles con un olvido ordinario o usual.
- C. Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
- E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de otra condición médica.

Así mismo, será esencial especificar si el individuo presenta destacadas convulsiones no epilépticas y/o síntomas motores o sensoriales.

Por último, el DSM-5 (APA, 2013) establece como criterios diagnósticos del trastorno por despersonalización o desrealización:

- A. Sensación permanente o repetida de ser un espectador de sus propios pensamientos, acciones, sentimientos y/o de su cuerpo en sí mismo (despersonalización).
- B. Experiencia de extrañeza, desconocimiento o irrealidad de las personas y cosas del entorno. La realidad se percibe inconexa con el sujeto, borrosa y distante. Por su parte el tiempo parece avanzar lentamente o de forma acelerada. En consecuencia, el mundo se troca irreal (desrealización).

- C. Los síntomas de los criterios A o B generan una aflicción clínicamente significativa y deterioro en el normal funcionamiento vital.
- D. Dicha sintomatología no se produce en el curso de otra psicopatología como la esquizofrenia o el trastorno de pánico, ni a los efectos del consumo de sustancias u otra patología médica.

Siguiendo esta línea de vinculación del trastorno de negación no psicótica del embarazo y los trastornos disociativos, López (2019) sostiene que la despersonalización y la autoscopia pueden tener como resultado un escaso dolor en el alumbramiento o la interpretación de este como el movimiento habitual del tránsito intestinal. Así mismo, afirma una recurrente conexión de este trastorno con *la belle indifférence* y alteraciones de la cognición y la memoria, llegando a no recordar el coito en el que se concibió al futuro bebé.

3.3.2. Características de las mujeres que padecen trastorno de negación no psicótica del embarazo

Gran parte de la población transforma las alteraciones psíquicas emocionales en síntomas orgánicos de forma automática e involuntariamente. En otras palabras, el cuerpo y la mente se encuentran conectados y lo que ocurre en uno repercute en el otro. De este modo, el organismo físico se convierte en reflejo de las emociones, sentimientos, miedos, anhelos o traumas que se están produciendo en un determinado momento o que sucedieron en el pasado. Con el trastorno de negación del embarazo tiene lugar una autonegación a nivel psíquico que hace que el cuerpo se ajuste a este estado mental no somatizando el proceso fisiológico que supone la gestación. Debido a esto, la mujer con trastorno de negación del embarazo no presenta los síntomas propios de la gravidez, o en caso de que se manifiesten son interpretados de manera subjetiva sin vincularlos a un estado gestacional. Considera que ha podido subir ligeramente de peso, que padece ciertas molestias abdominales o que las náuseas que sufre tienen origen en alguna patología leve de escasa importancia (Del Río, 2019).

La psiquiatra infantil y perinatal Ibone Olza (2021a) estableció una serie de síntomas y factores comunes favorables a la ignorancia de la gestación, como son:

- La **posición vertical del feto**. Esto supone que el vientre no se desarrolle de forma tan protuberante como es común en un embarazo en el que el futuro bebé está colocado de forma horizontal (Imagen 6). La mujer no nota la actividad fetal o, si lo hace, cree que se trata de flatulencias u otras dolencias leves. Klara Dollan (como se citó en BBC, 2019), una joven que padeció trastorno de negación del embarazo afirmó:

No sentí sus pataditas porque mi embarazo tuvo lo que se llama placenta posterior, cuando la placenta se sitúa en la parte posterior y coloca al bebé más cerca de tu espalda. Cada vez que mi hija se movía, yo sentía algo así como mariposas, o incluso movimientos intestinales. No notaba que había un bebé creciendo en mi interior (p.1).

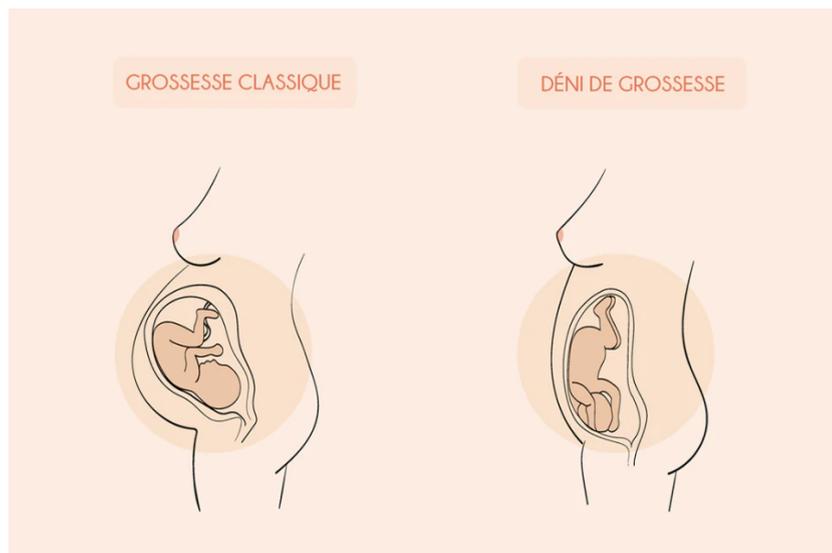


Imagen 6. Colocación horizontal y vertical del feto. (La cigogne française, 2020).

- La presencia de un **manchado mensual**. Este puede ser consecuencia de la toma de anticonceptivos orales durante toda la gestación. Así mismo, algunas mujeres tienen reglas muy irregulares de manera que no menstruar a lo largo de sucesivos meses no resulta extraño en ellas y por ende no asocian la amenorrea a un posible embarazo. Además, en determinadas féminas durante el periodo de desarrollo del feto se produce un sangrado mensual que puede confundirse con

la menstruación. El 46% declararon haber tenido sangrados a lo largo del proceso (Wessel, 1987, como se citó en Maldonado, 2011).

- La realización de sucesivas **pruebas de embarazo negativas**. No son muchas las mujeres que se realizan un test de embarazo, pero en caso de hacerlo es llevado a cabo habitualmente cuando la madre se encuentra en torno al tercer trimestre de gestación. En ese momento la hormona (HCG) responsable del resultado positivo se encuentra a unos niveles prácticamente indetectables por los test convencionales, de manera que se dan falsos negativos. Además, hay que tener en cuenta que el momento en que se realiza la prueba, ya que las variaciones de concentración de la orina influyen en los resultados (Mora, 2021).
- La **falta de diagnóstico de gravidez** por parte de los médicos. Pese a que el 38% de las mujeres acudieron a consultas médicas, estas no recibieron una diagnosis acorde a su estado gestacional, posiblemente porque ni ellas mismas la imaginaban (Wessel, Endrikat y Kästner, 2003 como se citó en Maldonado, 2011).

A los elementos detallados por Olza se suman para Gomez y Medeiros (2021):

- La existencia de una valoración médica donde se diagnostique infertilidad o por su parte la llegada de la etapa menopáusica.
- El retraimiento social, esto es, féminas que viven solas, distanciadas de su familia o sin pareja con vínculo sexoafectivo.
- Encontrarse en una edad que supere los 40 años, ya que a partir de ese momento se presupone una reducción de la fertilidad.
- Tener un gran temor a fallecer o sufrir una complicación grave durante la preñez.

A pesar de los anteriores factores, ninguno de ellos aclara de manera unilateral el porqué de la falta de apreciación de los cambios físicos propios del embarazo, ni la psicodinámica de la negación no psicótica durante el mismo (Gomes y Medeiros, 2012).

No obstante, la psicóloga Gema Sanchez (s.f) afirma que el trastorno de negación no psicótico o disociativo de la gestación ejerce una función de defensa en aquellas mujeres que tienen:

- Una relación de ambivalencia para con la maternidad.
- Fuerte miedo al embarazo.
- Dismorfia corporal.
- Bajos niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG), origen del resultado positivo en las pruebas de embarazo durante las primeras semanas. Los niveles de la hormona HCG aumentan tras la concepción y son los responsables junto a otras hormonas de la sintomatología de la gravidez. De forma natural los niveles se reducen a los 3 meses de embarazo. Aun así hay mujeres que producen menos HCG debido a una anomalía congénita o a una singularidad genética. Por ello, los síntomas que pueden padecer son sutiles y el resultado del test de embarazo es negativo (Mora, 2021).

Con todo lo expresado en los anteriores párrafos, es posible sostener que el motivo por el cual no se desarrolla el proceso psíquico de la gestación es la existencia de un procedimiento disociativo, vinculado en la mayoría de los casos a experiencias traumáticas en la infancia, conscientes o inconscientes. No obstante, no solo entra en juego el proceso disociativo sino que, aspectos físicos, como la aparente menstruación o los test de embarazo negativos, hacen que en caso de duda la mujer reafirme no estar esperando un hijo (López, 2019).

En lo que se refiere a las particularidades de las mujeres, no es posible determinar un modelo psicodinámico exclusivo, ya que no se ha encontrado una homogeneidad completa en aquellas que han padecido este patrón de embarazo. Destaca el hecho de que se produzca tanto en primíparas como en las que ya han tenido su primera gestación. De esta manera, se rechaza la aparente posible vinculación de inexperiencia y negación, ya que el 55% de las mujeres habían tenido embarazos previos (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2019; Maldonado, 2011).

El entorno socioeconómico y cultural al igual que el estado civil también es variado, aunque se subraya que el 83% tienen pareja estable. El trastorno de negación no psicótico o disociativo del embarazo puede presentarse desde la menarquía hasta la menopausia, con una edad promedio de 27 años. Entre los antecedentes de algunas de las féminas se apreciaron trastornos de la conducta alimentaria como bulimia o anorexia nerviosa durante su adolescencia, lo que supone un aumento del desconocimiento real del físico debido a la dismorfia corporal acarreada. Así mismo, una vida marcada y orientada por la represión de sentimientos y emociones, al igual que haber sufrido maltrato físico, psicológico o sexual, trastorno de estrés postraumático o de estrés interpersonal, se convierten en un posible desencadenante de esta psicopatología (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2019; Maldonado, 2011).

En 2010, Margaret Spinelli (como se citó en López, 2019) realizó una investigación con 17 mujeres que habían padecido trastorno de negación del embarazo y que además habían cometido neonaticidio. La edad media de las féminas se situaba en los 23 años, todas ellas eran solteras, 12 de un estatus social medio y las 5 restantes de clase baja. La autora resalta que el 53% desarrollaron traumas sexuales durante su infancia, el 65% sufrió abuso físico y el 41% convivía con ambos sucesos. Por otro lado, en este mismo estudio Spinelli señaló que junto al trastorno disociativo las mujeres reiteraban:

- La existencia de una nefasta relación con la figura paterna.
- El fomento por parte del núcleo familiar de una idea vil y culpable en torno a la sexualidad.
- El padecimiento de abusos sexuales en el domicilio.
- Un prematuro conocimiento psicosexual y afectivo.
- La creencia de inaceptabilidad del embarazo.

3.3.3. Consecuencias del trastorno de negación no psicótica del embarazo

La negación no psicótica del embarazo acarrea secuelas obstétricas, pediátricas y psicológicas en la salud mental y física de la madre y su respectivo sucesor. Es más, este fenómeno puede tener graves consecuencias para la construcción de una próspera relación entre ambos sujetos.

Cuando una mujer desconoce su estado gestacional resulta evidente que no va a realizar un seguimiento a lo largo del mismo ni se va a preocupar en mayor medida por su estado físico y mental de lo que lo haría una persona que no está embarazada. En los casos de negación parcial de la gravidez la madre normalmente advierte que va a tener un hijo en torno a la semana 28 de gestación, ya que acude a un centro médico para quejarse de una serie de dolencias que está padeciendo, las cuales indican cada vez en mayor medida que en su vientre está creciendo un feto. El momento en que las féminas descubren su situación supone una completa perturbación de su solidez vital, sin embargo este es el instante en el que se debe afrontar la nueva realidad para que prospere de forma satisfactoria. La gran mayoría de féminas consiguen adaptarse rápidamente a la reciente etapa aceptando al bebé sin grandes complicaciones psicológicas, aunque es recomendable que exista control por parte de un médico de la salud mental. Del mismo modo, el nerviosismo generado por la reciente noticia puede provocar el parto siendo este prematuro (Del Río, 2020).

Por su parte, las mujeres que descubren su embarazo en el momento del alumbramiento tienden a padecer muy poco o nulo dolor durante el mismo. Es frecuente que la duración del parto sea menor a la de una gestación convencional debido a que este tiene lugar cuando la madre ha dilatado 5 centímetros en vez de los 10 centímetros que se requieren en un nacimiento normal. Es usual que los bebés tengan un peso inferior a los 2 kilogramos ya que suelen nacer prematuramente. No obstante, determinar la edad gestacional tiende a ser complejo al no existir ningún tipo de seguimiento del embarazo. Además, se señalan como dificultades neonatales una alta tasa de mortalidad y de discapacidad intelectual (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2012; Olza, 2021a).

Así mismo, al no tener constancia de la preñez las féminas dan a luz habitualmente en su casa, sin ningún tipo de asistencia médica, puesto que el parto acontece de manera inesperada y abrupta. Incluso suceden casos en los que es necesario acomodar espacios públicos para que nazca el bebe aunque no se disponga de los medios ideales para asistir las necesidades del recién nacido y la madre. Como el alumbramiento se produce súbitamente y sin cuidados de un obstetra la mujer puede llegar a sufrir una grave hemorragia vaginal, tener problemas en el cérvix y el área vaginal o padecer una importante lesión que complique su posterior vida sexual (Gomes y Medeiros, 2012).

Otro aspecto destacado por Ibone Olza (2021) es el estado de shock en el que entra la madre al dar a luz, sobre todo si en ese momento está sola. Esto es, como resultado de la circunstancia de máximo estrés que está viviendo la mujer tiene lugar un proceso disociativo, en la que la consciencia y la percepción se ven reducidas y alteradas, se produce una despersonalización, una desconexión con la realidad, pequeñas amnesias y estupor pasajero. De esta manera, la ausencia de atención durante el parto y el periodo consecutivo también pueden poner en peligro la vida del recién nacido, quien podría fallecer o requerir técnicas de reanimación. A esto se suma que en ocasiones puede producirse un neonaticidio a causa del terror, el aislamiento y la desrealización que sufre la madre en el postparto inmediato, pudiendo abandonar al recién nacido introduciéndolo en una bolsa de basura para posteriormente tirarlo (Maldonado, 2011). No es que la fémina quiera acabar con la vida de ese bebe, sino que se encuentra en un estado disociativo, piensa que lo que está ocurriendo no es real o se trata de una pesadilla. Sin embargo, la presencia de compañía durante el alumbramiento reduce las posibilidades de que tenga lugar un neonaticidio gracias a que la otra persona permite facilitar el regreso a la realidad.

Eventualmente en embarazos clásicos se dan situaciones en las que tras el parto las mujeres de forma momentánea no desean estar con su hijo o manifiestan su enfado por el dolor padecido. No obstante, la gran mayoría transcurridas unas horas despiden esos sentimiento negativos y se reconcilian con su bebé. En el caso de haber sufrido un embarazo críptico la posibilidad de que la madre carezca de sensibilidad maternal aumenta exponencialmente. Pueden darse diferentes realidades, hay mujeres que cuidan de su recién nacido pero sin llegar a desarrollar una afectividad por él, realizan su

custodia pero de forma automática lo que produce una gran culpabilidad. Otras, sienten enemistad con el bebé, deseando abandonarlo, golpearlo o incluso matarlo. También hay quienes sienten que la atención a su hijo les consume o quienes tienen un completo repudio hacia el niño. Estas tesituras se producen en el 29% de las madres con depresión postparto. El problema radica en la desconfianza de las féminas para exteriorizar su situación, lo que supone un continuo alejamiento entre madre e hijo, que afectará al desarrollo social y cognitivo del menor. El apoyo social y la psicoterapia se postulan como las opciones más adecuadas para superar las dificultades de la flamante maternidad, favoreciendo el surgimiento de emociones afables hacia el descendiente (Maldonado, 2011).

De esta manera se pone de manifiesto la dificultad de quienes sufren trastorno de negación del embarazo para atender genuinamente a sus hijos, puesto que no ha dado la etapa de adecuación que supone la gravidez. La madre no ha podido implicarse emocional ni físicamente con la gestación así como tampoco ha tenido la oportunidad de formar una representación imaginaria del futuro bebé. La construcción de la figura del hijo da sentido a la preñez, mientras va asentándose la relación materno-filial a través de actividades como la elección del nombre, la adquisición de productos infantiles o sintiendo el trasiego del feto. Cuando sucede un caso de negación no psicótica del embarazo la mujer debe relacionarse directamente con un recién nacido real, poniendo en peligro el desarrollo de un vínculo positivo entre ambos (López, 2012).

Por otro lado, ya desde la antigüedad se sospechaba que la condición anímica de una mujer en estado de gravidez tenía consecuencias en el feto. Los estudios más recientes han puesto de manifiesto que un estado ansioso en estas féminas genera efectos más profundos en el neurodesarrollo del futuro bebé que la depresión postparto. De igual forma, se sostiene que los altos niveles de estrés de una madre gestante limitan el crecimiento emocional y conductual del menor desde el nacimiento hasta el comienzo de la adultez (Olza y Gainza, 2007).

La Teoría de la Programación fetal revela que se produce una liberación de cortisol en la placenta afectando al hipocampo así como a la amígdala del feto. Por ello, los sucesos estresantes vividos por mujeres gestantes y la ansiedad durante los primeros meses pueden suponer mayor posibilidad de sufrir un parto prematuro, o el nacimiento

de un bebe con un peso por debajo del percentil ideal. Además, se ha percibido una correlación entre la ansiedad en el tercer trimestre del embarazo y un desarrollo perturbado de las habilidades cognitivas, conductuales y emocionales en la infancia, sin olvidar que el padecimiento de este trastorno potencia la aparición de modificaciones permanentes en el sistema de adaptación al estrés del bebé, multiplicando el riesgo de que este a su vez sufra de trastornos de la conducta emocional o de hiperactividad (Olza y Gainza, 2007).

3.3.4. Casos del trastorno de negación no psicótica del embarazo

En relación al trastorno expuesto se exponen 4 casos de mujeres que han padecido negación no psicótica o disociativa del embarazo. El primero de ellos aconteció en Bilbao en el año 2012, el segundo caso fue experimentado por una modelo australiana en 2019, en el tercero se ve implicado el trastorno de identidad múltiple y el último tiene lugar en 2017 en Costa Rica. Los dos primeros se producen sin que ocurra un neonaticidio, mientras que los últimos implican la comisión y tentativa de este ilícito cuyo análisis jurídico se realiza en la sección posterior de este trabajo.

3.3.4.1. Casos de negación del embarazo sin neonaticidio

El 25 de abril de 2021 Marta López vecina de 38 años del municipio vizcaíno de Bilbao acudió junto a su marido y sus dos hijas a la piscina del polideportivo de Zorroza. En torno a las siete de la tarde, Marta comenzó a sentir lo que parecían unos pinchazos en la zona abdominal, por lo que antes de ducharse para volver a casa decidió ir al baño para hacer de vientre. Fue en ese momento cuando de manera imprevista dio a luz a una niña, la escuchó llorar, la aupó y la situó en su regazo. Mientras, su hija mayor avisaba a Juan Carlos padre de la recién nacida, quien se estaba preocupando por la tardanza de su familia. Ni los progenitores ni las niñas conocían el estado gestacional de la mujer, por lo que rompieron a llorar nada más enterarse de la noticia. El hombre solicitó asistencia en la recepción del centro deportivo para que acudiera un equipo médico.

Entretanto el socorrista, desalojaba los vestuarios, que a esa hora se encontraban abarrotados de colegiales que acababan sus clases de natación junto a sus respectivos

padres. Por vía telefónica él mismo recibía las indicaciones de la médico obstetra, tenían que realizar un nudo en el cordón umbilical sin seccionarlo. En ese instante carecían de un utensilio para realizar dicha labor de manera que emplearon los cordones de unas zapatillas de objetos perdidos y un coletero que proporcionó una de las féminas que ayudaba en el proceso. Poco después, estando la madre acomodada sobre el inodoro, el bebé comenzó a tomar el pecho. Minutos más tarde los sanitarios llegaron al lugar, auxiliando a Marta y a la recién nacida, cortaron el cordón umbilical, tomaron la placenta y trasladaron a ambos al Hospital.

Naiara nació en los parámetros temporales adecuados del embarazo, esto es, entre las semanas 37 y 39, pesó 2.760 gramos y alcanzó los 45 centímetros. Por su parte Marta afirmó que a lo largo de la gestación no padeció náuseas, vómitos o distensión abdominal. Es más, refirió que a finales de cada mes había tenido un sangrado más ligero de lo habitual y a pesar de que no le dio importancia ahora lo relaciona con los manchados que algunas féminas tienen durante el periodo gestacional. Además, Naiara fue aceptada con gran ilusión por parte de todo su entorno aunque en esa etapa vital los progenitores no estaban buscando aumentar la familia, ya que no se encontraban en una situación económicamente ideal (De Las Heras, 2012).

El segundo caso de trastorno de negación no psicótica del embarazo que se presenta fue experimentado por Erin Langmaid una modelo australiana de 23 años, la cual dio a luz a una niña de 37 semanas de gestación en su vivienda. Erin se encontraba en el baño cuando comenzó el alumbramiento, en escasos minutos nació una niña de 4 kilogramos. Los gritos de la madre y los llantos de la recién nacida sorprendieron al padre quien encontró a su novia en el suelo sujetando en brazos a su hija. Una semana antes del parto Erin publicaba una fotografía en sus redes sociales sonriendo con una copa en la mano sin que nadie advirtiera su gestación. La joven no presentaba un crecimiento del vientre, no tenía náuseas, ni vómitos, mantenía la misma talla en su ropa y tomaba anticonceptivos orales. Además, los médicos habían referido a la madre una fuerte dificultad para concebir. Cabe destacar que Erin observó que había subido de peso, sin embargo, como acababa de terminar la época navideña asoció dicho aumento a una alteración en su alimentación, en ningún momento sopesó la idea de estar embarazada. Ambos progenitores afirmaron que el nacimiento de su hija fue un hecho completamente inesperado por el que entraron en un estado de shock instantes después

de ver a la niña en el suelo del baño. La recién nacida comenzaba a adquirir un tono azulado por lo que no dudaron en llamar a emergencias para solicitar ayuda. Por último, se refieren a la súbita paternidad como la etapa más difícil de su vida, pero al mismo tiempo como un suceso vital inmutable con el que progresivamente han aprendido a vivir (Knowles, 2019).

3.3.4.2. Casos de negación del embarazo con neonaticidio

En esta ocasión los hechos comienzan en el momento en que los barrenderos descubren oculto en el interior de una mochila el cuerpo de un recién nacido en los contenedores de basura. Tras informar a las autoridades de lo hallado, la autopsia informó que el cadáver correspondía a una bebe recién desprendida del seno materno y nacida dentro de las semanas de gestación apropiadas. La niña había sido dada a luz con vida, sin embargo presentaba marcas de violencia y le había sido desgarrado el cordón umbilical. Cuando fue encontrada habían transcurrido 48 horas desde la muerte, cuya causa se atribuyó a las gélidas temperaturas y a la falta de oxígeno en el cerebro (anoxia).

A los pocos días una fémina de 27 años es arrestada por los cuerpos policiales. A través de un examen médico se comprueba que la joven se encuentra en estado puerperal habiendo tenido un alumbramiento en torno a 10 días antes de su detención. Su biografía pone de manifiesto una infancia compleja marcada por la presencia de un padre consumido por el alcohol así como el sufrimiento de abusos físicos y psicológicos por parte de su familia. Cuando la mujer es detenida esta niega categóricamente haber estado embarazada. No obstante, su historial médico deja a la vista dos gestaciones anteriores, ambas vividas con gran preocupación e intranquilidad. Es más, en todas ellas se produjo la negación del embarazo. El parto de la segunda preñez tuvo lugar en la vivienda sin compañía siendo dado el recién nacido en adopción.

La última gestación hace referencia al neonaticidio. La joven padece un trastorno de identidad disociativo, caracterizado por la presencia de múltiples personalidades en un único individuo. Dicha psicopatología al igual que el trastorno de negación no psicótica del embarazo se relaciona con una etiología de experiencias traumáticas durante la niñez, las cuales obligan al cerebro a omitir determinada

información con el fin de evitar experimentar el mismo sufrimiento. A pesar de que siente los movimientos fetales los atribuye a otras dolencias o los olvida con facilidad, ya que puede que tan solo una identidad de forma aislada sea consciente de la gravidez. En su caso ninguna de las personalidades llegó a desarrollar los síntomas físicos característicos de modo que su pareja también ignoraba su estado gestacional. A su vez, la mujer tiene recurrentes episodios de amnesia, no siendo capaz de acordarse de las acciones realizadas en las diferentes identidades. Así lo manifestó ella misma, ya que era conocedora de los hechos por su repercusión en los medios de comunicación. Sin embargo, no se postulaba como su autora, negaba haber dado a luz los días previos y haber depositado al bebé en los contenedores, aunque velozmente reconoció la mochila implicada en el ilícito penal (Fombellida y Sanchez, 2003).

Para dar por finalizada esta sección se detalla el caso de Yoana, mujer costarricense para la que el Ministerio Fiscal pedía 15 años de prisión por la tentativa de homicidio cualificado. El acontecimiento en cuestión tuvo lugar en el año 2017 cuando Yoana visitó el centro médico a causa de un doloroso malestar en la zona del vientre. Una vez allí los doctores le prescribieron antibióticos para combatir la supuesta infección abdominal, además observar la formación de un cuerpo extraño intraabdominal. Pese a los medicamentos recetados la mujer continuaba con un agudo dolor, de manera que pidió ayuda a uno de sus familiares para que la acercara a un hospital diferente. A mitad de recorrido las intensas ganas de defecar de la fémica obligaron a parar el vehículo en un área comercial, donde minutos más tarde Yoana dio a luz a un bebé que abandonó en la basura de ese mismo recinto. Posteriormente continuó el viaje cayendo dormida y regresó a su vivienda. El recién nacido fue descubierto aún con vida en el baño femenino por otra persona, la cual llamó rápidamente a emergencias. El menor permaneció ingresado a causa de su prematuridad, mientras que la madre fue detenida puesto que se la identificó a través de las cámaras de videovigilancia del centro comercial (Olza, 2021b).

4. ANÁLISIS JURÍDICO

Como se ha podido comprobar a través de los casos descritos en la sección previa, el trastorno de negación no psicótica del embarazo se encuentra muy vinculado a la comisión de un neonaticidio durante las 24 horas posteriores al nacimiento del bebé. No obstante, la diagnosis de dicha psicopatología no indica que de forma imperativa vaya a suceder este tipo de filicidio, sino que la posibilidad de su aparición es más alta que en las mujeres que han vivido una gestación consciente como consecuencia de la falta de construcción del vínculo entre madre e hijo (Europa Press, 2020; López, 2012; Pintado, 2019).

Un mismo trastorno no afecta por igual a todas las personas, de manera que la existencia de un desorden mental cuando se comete un ilícito puede tener diversas manifestaciones y a distintos niveles. En el momento en que un individuo con una alteración mental lleva a cabo un delito es necesario realizar una evaluación de su responsabilidad penal. San Juan y Vozmediano (2018) sostienen que el establecimiento de una exclusiva relación de causalidad entre una psicopatología y una acción penada por la ley frecuentemente se torna complejo, puesto que intervienen múltiples factores. Sin embargo, comprender la anterior relación es un elemento esencial a la hora de especificar la imputabilidad de un sujeto. Esto es, además de padecer un trastorno mental es imprescindible que el ilícito penal esté motivado por la alteración. El problema de esta labor radica en la ausencia de unas pautas generales para establecer el grado de imputabilidad de aquel que ha cometido una acción recogida en el código penal bajo los efectos de una anomalía psíquica. En otras palabras, el diagnóstico de una enfermedad mental no conduce instantáneamente a la exención de responsabilidad penal al tener una perturbación del intelecto y la voluntad. Así mismo, habrá que atender a las especificidades de cada caso y sujeto, realizando un análisis individualizado que permita conocer en profundidad la situación.

4.1. Legislación penal

El artículo 10 del Código Penal (1995) determina la existencia de un ilícito sosteniendo que "son delitos las acciones y omisiones dolosas e imprudentes penadas por la Ley" (p.12). Más, para que una persona sea castigada por la comisión de un delito debe tener

la capacidad volitiva e intelectual en un estado de desarrollo que le permita comprender la repercusión de sus actos, es decir, ser imputable (Orenes, 2020).

En la esfera de la legislación penal española el delito de filicidio se incluye dentro de los artículos 138 y 139 del Código Penal (1995), los cuales hacen referencia respectivamente al homicidio y al asesinato. El primero abarca la acción consistente en acabar con la vida de otra persona, mientras que el segundo añade a la provocación del fallecimiento de un sujeto la existencia de alevosía, precio, recompensa o promesa, y/o la concurrencia de ensañamiento. De igual modo, en los supuestos que se describen posteriormente se abarca tanto la consumación del homicidio o asesinato como su tentativa. Esta tiene lugar cuando el infractor da comienzo a la acción tipificada como delito realizando todas o parte de las tareas imprescindibles para ocasionar la consecuencia dañina, en este caso la defunción de la víctima, sin embargo, finalmente esta no llega a ocurrir (Artículo 16 Código Penal, 1995).

Otro elemento a resaltar es la circunstancia mixta de parentesco recogida en el artículo 23 del Código Penal (1995), la cual puede agravar o atenuar la pena a imponer, aunque para ello será necesario atender a la naturaleza del crimen, su motivación, su resultado y las particularidades del victimario. Como los filicidios son crímenes acontecidos dentro del núcleo familiar, los hijos quedan refugiados por esta figura jurídica (Company et al., 2015).

Por último, el sistema jurídico-penal en España establece dos circunstancias que permiten disminuir la condena: la eximente completa del artículo 20.1. del Código Penal (1995) y la eximente incompleta del artículo 20.1 del Código Penal (1995). En el filicidio, al igual que en el neonaticidio, la eximente completa supone la falta de responsabilidad penal del progenitor. Siempre y cuando en el momento de acabar con la vida de su descendiente o tratar de matarlo el padre o la madre careciera de comprensión sobre la ilegitimidad de los hechos o no procediera conforme a un correcto entendimiento a causa del padecimiento de una alteración psicológica. La eximente incompleta sin embargo se emplea cuando existe una reducción parcial de la responsabilidad penal del autor de un crimen, siendo el juez el que decidirá la sanción a imponer ya que no se dan las condiciones suficientes para eximir completamente de responsabilidad penal (Company et al., 2015).

4.2. Imputabilidad y trastornos mentales

La imputabilidad es una pieza ineludible dentro del puzzle del sistema judicial, puesto que permite realizar una valoración de la culpabilidad de un ciudadano en el momento en que este incurre en un comportamiento constitutivo de delito y por ende apto para recibir una pena por su comisión. Así pues, la imputabilidad es la aptitud de un sujeto de responder legalmente ante los hechos que ha llevado a cabo (Orenes, 2020). En esta línea para Muñoz Conde (1988, citado en Cano, 2007) “el concepto de imputabilidad, que tiene una base psicológica, comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para que pueda ser declarado culpable del mismo” (p.1).

La etiología de esta idea radica en el pensamiento de los filósofos Aristóteles y Tomas de Aquino, quienes distinguieron a través del intelecto entre el potencial para comprender el delito y sus consecuencias y la capacidad volitiva, es decir, la autodeterminación de cada persona que permite decidir si proceder o no. Entre los siglos XIX y XX se inició el análisis de la comorbilidad psicopatológica entre un alto porcentaje de residentes penitenciarios y el impedimento de los mismos para entender las repercusiones de su comportamiento antijurídico. De ese modo, se dio comienzo a la descripción de ciertas características que conllevan una atenuación de la responsabilidad penal como son la relación causal coherente entre alteración mental y delito y la presentación de una capacidad intelectual mermada como consecuencia de una perturbación psicológica (Orenes, 2020).

Cabe considerar, a su vez, que a día de hoy la imputabilidad implica la concurrencia de dos aspectos. Por un lado, se encuentra la facultad de comprender la naturaleza ilícita de una acción, mientras que por otro se sitúa la habilidad para ser capaz de actuar acorde a ese discernimiento. Esto es, el fundamento psicológico de este elemento penal es la inteligencia y la intención. Por consiguiente no podrá hablarse de un sujeto imputable cuando dichas capacidades se encuentren seriamente distorsionadas, en otros términos, una trascendental perturbación psíquica supone la inimputabilidad. No obstante, la evaluación psicoforense a realizar una vez cometido el delito incluye el

estudio de todas las funciones mentales, al igual que valora las particularidades de la conducta ilegítima (Cano, 2007).

El Código Penal español (1995) en su artículo 20 agrupa una serie de supuestos que eximen de la responsabilidad penal en relación a los trastornos mentales también conocidos como eximentes completas:

1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

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

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

6.º El que obre impulsado por miedo insuperable (pp. 13-14).

En consecuencia, se entiende que para que sea posible la imputabilidad es necesario que el infractor posea la habilidad de comprender los hechos y su trascendencia, al igual que encontrarse libre de trastornos psíquicos, persistentes o transitorios (Orenes, 2020).

La imputabilidad ha sido graduada por Cano (2007) en 3 niveles (tabla 5):

Tabla 5.

Niveles de imputabilidad.

GRADO DE IMPUTABILIDAD	CARACTERÍSTICAS
IMPUTABLE	El intelecto y la intención no se encuentran alteradas o supeditadas a un trastorno mental.
SEMIIMPUTABLE	El sujeto padece o padeció cuando cometió el delito por el cual está siendo procesado una perturbación que sí obstaculizó su funcionamiento psíquico superior, pero sin llegar a eliminar por completo su entendimiento o voluntad.
INIMPUTABLE	La aptitud para comprender y proceder conforme a su inteligencia se encuentra completamente inhabilitada.

Elaboración propia.

El término alteración se describe como un cambio en el desempeño habitual de un individuo, logrando una condición psíquica anormal y atípica. En otras palabras, la alteración mental tiene lugar cuando en la psique de un sujeto sano y correctamente evolucionado se desarrolla un trastorno (Pintado, 2019). Sin embargo, según Al-Fawal (2013, como se citó en Pintado, 2019) desde la perspectiva médica los elementos externos son los que originan la perturbación psicológica, de manera que su eliminación supone el regreso al estado mental previo, no siendo el verdadero causante del ilícito penal un trastorno mental.

El diagnóstico de una anomalía psíquica no implica de forma automática la inimputabilidad, es necesario que la alteración anule la posibilidad de que la persona sea consciente de la ilegitimidad de sus actos y la guía de los mismos. Lo complejo de esta tarea reside en que no es posible elaborar un listado de los trastornos mentales que constituyan una eximente, sino que se hace indispensable llevar a cabo un peritaje psicológico para abordar cada supuesto en particular. Esta última labor para los autores

Vázquez y Hernández (1993, como se citó en Cano, 2007) comprende 3 fases diferentes:

- El dictamen psiquiátrico sobre la existencia de una irregularidad psíquica, su naturaleza, implicaciones y progreso.
- El estudio de las consecuencias del trastorno en las capacidades cognitivas y volitivas.
- El establecimiento del vínculo causal entre la disminución de facultades psíquicas fruto de la enfermedad mental y el hecho antijurídico.

Además, a fin de realizar una prueba pericial psiquiátrica adecuada es necesario seguir las directrices marcadas por 4 criterios referidos por Orenes (2020):

1. **Criterio cualitativo.** Presencia de trastorno mental y su susceptibilidad a modificar la imputabilidad anulando o disminuyéndola.
2. **Criterio cuantitativo.** Evaluación de la magnitud de la psicopatología, comprobando sus efectos en las facultades volitiva e intelectual.
3. **Criterio cronológico.** Realización de un estudio retrospectivo en el que se valore la permanencia de la alteración. Esto es, si se trata de una perturbación psíquica persistente o pasajera.
4. **Criterio de causalidad.** Determinación de la relación causal entre el trastorno y la conducta delictiva. Es decir, analizar si el delito es una exteriorización de la enfermedad, o si en contraposición ambos elementos carecen de conexión.

Los trastornos mentales que más han sido vinculados con la existencia de inimputabilidad por parte de la jurisprudencia son: la discapacidad intelectual, el síndrome confusional agudo, la demencia, los trastornos relacionados con el abuso de sustancias, las alteraciones psíquicas del estado de ánimo, los trastornos disociativos y la esquizofrenia junto a otros desórdenes psicóticos. Estos últimos son los que principalmente conllevan una modificación del pensamiento haciéndolo incoherente,

absurdo e inflexible, además de impedir la correcta evaluación de la realidad y del comportamiento propio.

La esquizofrenia supone un deterioro social, laboral y personal con respecto al estado previo del sujeto, se manifiesta rápidamente mediante delirios indebidamente esbozados y alucinaciones auditivas. Afecta en consecuencia a la noción del mundo, por lo que quienes la padecen se consideran penalmente inimputables. No obstante, la completa anulación de la responsabilidad penal vendrá establecida por la etapa de la enfermedad en la que se encontrara la persona cuando cometió el delito, ya que puede acontecer en el transcurso de una fase aguda o durante el periodo residual. La evaluación individual permitirá determinar el grado de imputabilidad. Será inimputable si en el momento en que delinquiró se encontraba en un episodio agudo de la psicopatología, que indujo a su comisión. Por el contrario, será semiimputable si el individuo cursaba un periodo de estabilidad del trastorno, pudiendo ser este generado por la efectividad del tratamiento. El ilícito no se explica por el diagnóstico de la enfermedad, pero sí el menoscabo de las capacidades cognitivas (Cano, 2007; Orenes, 2020).

Los trastornos disociativos como la despersonalización, la desrealización, la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativa y otras alteraciones disociativas no especificadas suponen la separación de los procesos mentales (memoria, conciencia, percepción, etc.,) que de forma general están integrados. Las personas que sufren un desorden mental disociativo eluden la realidad de forma inconsciente, sin conseguir diferenciar si lo que acontece es verdadero (Álvarez, s.f.; Cortés y Pérez, 2018; Del Río, 2020; Mayo Clinic, 2021; Reyes, 2022). Dichos desórdenes psíquicos se asocian a la criminalidad violenta, ya que en torno a un 33% de los homicidas y asesinos defienden haber sufrido amnesia mientras cometieron el ilícito penal. Los estados disociativos son susceptibles de alterar la responsabilidad penal, dado que se engloban dentro de la esfera de los trastornos mentales. No obstante, durante el procedimiento judicial la amnesia no suele asignarse a un proceso disociativo, sino a un error en la recuperación de información o a un efecto protector de la mente ante un suceso comprometido. La despersonalización y la desrealización por su parte normalmente se consideran elementos modificadores de la imputabilidad cuando van asociadas al padecimiento de otro desorden psíquico (Marín et al., 2013).

Por otra parte, en el trastorno de ideas delirantes, tiene lugar una apreciación equívoca de la realidad la cual versa sobre el tema del que el individuo está discurrendo, pero sin llegar a perjudicar en su totalidad a la persona. De este modo, si el ilícito guarda relación con la temática de los delirios, el victimario será inimputable. Mientras que cuando la conducta ilegal se produzca ajena al contexto de las ideas delirantes se hablará de semiimputabilidad (Cano, 2007; Orenes, 2020).

Finalmente, a pesar de que las alteraciones del estado de ánimo son de los trastornos más habituales entre la población, su nexo con la criminalidad no es especialmente significativo. En caso de que se produzca un hecho delictivo este acostumbra a suceder en las manifestaciones más extremas del trastorno bipolar o la hipomanía. Por ello se establece la inimputabilidad para aquel que a causa de la psicopatología su habilidad para controlar sus actos y entendimiento queda anulada alterando su comprensión del entorno y sí mismo. La existencia de episodios hipomaniacos implica la semiimputabilidad, aunque debe realizarse una exploración completa del caso y el sujeto. Durante los periodos en los que el individuo mantiene una correcta interpretación de la realidad y de su voluntad su responsabilidad queda igualada al del resto de población, aunque pueda presentar el diagnóstico de un determinado trastorno del estado de ánimo (Cano, 2007; Orenes, 2020).

4.3. Medidas de seguridad

Dentro de este orden de ideas también resulta imprescindible referir que la extinción de la responsabilidad penal no elimina la implantación de medidas de seguridad, dado que la inimputabilidad puede llegar a evidenciar la peligrosidad del sujeto. El fundamento de las medidas de seguridad comenzó a finales del siglo XIX con las escuelas penales italianas, como alternativa a la imposición de penas. De este modo, se elaboró un sistema que incluía ambas como resultado jurídico-penal ante una acción delictiva. Por un lado, se encuentran las penas cuya justificación es la culpabilidad y, por otro, las medidas de seguridad basadas en la peligrosidad (Cano, 2007; Tapia, 2014).

Para el autor Sanz Morán (2003, como se citó en Tapia, 2014):

Las medidas de seguridad en el Código Penal forman parte de un mecanismo jurídico-penal de respuesta al delito, complementario de la pena, aplicado

conforme a la ley, por los órganos jurisdiccionales, en atención a la peligrosidad del sujeto, con la finalidad correctora o asegurativa (p.4).

De esta manera, el objetivo principal es impedir y prevenir que una persona reincida en el comportamiento delictivo anulando su peligrosidad, a través de procedimientos correctivos, esto es medidas educativas y/o terapéuticas, o técnicas neutralizadoras, que garanticen que el individuo no volverá a delinquir. Tanto las penas como las medidas de seguridad constituyen una consecuencia de la realización de un ilícito sancionado jurídicamente. Sin embargo, la segunda se dicta cuando el delincuente ha sido considerado inimputable o semiimputable, pero se advierte su peligro para el resto de la sociedad teniendo como referencia el artículo 6.1. del Código Penal (1995) “Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito” (p.11). Al igual que el artículo 95.1 del Código Penal (1995):

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

- 1.^a Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.
- 2.^a Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos (p.43).

No obstante, no siempre a aquellos que carecen de responsabilidad penal les serán impuestas medidas de seguridad, será imprescindible efectuar una evaluación del sujeto, el caso y los hechos, valorando su riesgo (Pintado, 2019; Tapia, 2014). Así mismo, el artículo 6.2. del Código Penal establece que “las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor” (p.11). De tal manera quedan integradas las ideas garantistas de la Constitución a través del objetivo de prevención especial de dicho elemento jurídico (Alonso, 2009).

De acuerdo al artículo 96.1 del Código Penal (1995) las medidas de seguridad de la misma manera que las penas pueden limitar o no la libertad, en función del riesgo que suponga el sujeto. Las medidas privativas de libertad se recogen en el apartado segundo del anterior artículo siendo estas: el internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en centro de deshabitación y el internamiento en un centro educativo especial.

Por su parte, las medidas de seguridad no privativas de seguridad descritas en el artículo 96.3 del Código Penal (1995) son:

- 1.^a) La inhabilitación profesional.
- 2.^a) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
- 3.^a) La libertad vigilada
- 4.^a) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
- 5.^a) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- 6.^a) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas (p.43).

4.4. Madres condenadas y no condenadas por filicidio

A lo largo de esta sección se describen los detalles jurídico penales de dos mujeres que padecieron trastorno de negación no psicótica o disociativa del embarazo. En el primero de ellos la madre es condenada por el asesinato de su hijo recién nacido, mientras que, en el segundo se produce una reducción de la pena, como consecuencia de la alteración mental sufrida durante la tentativa de homicidio.

4.4.1. Caso Sonia Bedoui

En torno a las cinco horas de la madrugada del día 20 de enero de 2018 Sonia Bedoui rompió aguas en la sala de estar de la vivienda de los progenitores de su pareja sentimental. Pocos minutos después solitariamente dio a luz en el baño a una bebé viva de 48 centímetros y de casi 3 kilogramos de peso. Posteriormente la madre procedió a seccionar el cordón umbilical para a continuación con la ayuda de unas tijeras apuñalar a la recién nacida en nueve ocasiones. La Fiscalía (Europa Press, 2020) sostiene que “en tres de ellas el arma penetró en el corazón, llegando a atravesarlo una de ellas, otra en el diafragma, y otra perforó el pulmón izquierdo, provocándole un fallo cardiorespiratorio con hemo neumotórax y consiguientemente su fallecimiento” (p.1). Una vez realizado el crimen la joven llevó a cabo una limpieza no muy profunda de los fluidos que habían sido derramados, introduciendo los materiales empleados (papel de cocina y toallitas infantiles) en diversos compartimentos de plástico junto al cuerpo fallecido de la menor y su respectiva placenta. Todas estas bolsas al mismo tiempo se colocaron en una mochila que se encontraba en el dormitorio de Sonia y su pareja. Una vez hecho esto, la fémica se despojó del albornoz salpicado de sangre, se dio una ducha y se fue a descansar.

El día 22 de enero de 2018 sobre las nueve de la noche los familiares de la reciente madre la trasladaron al Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, ya que ésta presentaba una fuerte hemorragia, cuyo verdadero origen desconocían. Al ser Sonia ingresada en el centro hospitalario su progenitora y su hermana regresaron a la vivienda donde había tenido lugar el asesinato para recopilar las pertenencias de la paciente. Fue entonces cuando descubrieron el cadáver, la placenta y el albornoz manchado de sangre, el cual fue depositado en los contenedores al poco tiempo de ser encontrado.

La mujer de 21 años tenía un hijo de 4 años y residía junto al padre del menor en Alcalá de Henares, sin que su círculo más cercano fuera conocedor de su estado gestacional, ya que ni ella misma era consciente. Durante el parto y las horas posteriores Sonia sufrió un trastorno psicótico vinculado a una depresión psicótica que modificó su inteligencia y libertad de actuación, así como una amnesia disociativa que hace que no recuerde nada de lo acontecido en esa madrugada. Esto es, la mujer padecía un trastorno

de negación del embarazo. Además, la joven no desarrolló una distensión abdominal y continuaba con la menstruación de forma mensual. Los días previos al alumbramiento la inestabilidad psíquica de Sonia se hacía visible, ya que permanecía en un rincón de la vivienda inmutable teniendo delirios y alucinaciones auditivas. Es más, su depresión psicótica le generaba una alta tendencia suicida favorecida por las voces que creía escuchar incitándole a quitarse la vida.

Con todo ello, la defensa de la acusada solicitó la aplicación de una eximente incompleta como resultado de la alteración mental sufrida. Sin embargo, el Jurado Popular al que fue sometido Sonia estableció de forma unánime la responsabilidad penal de la misma, sobre un delito de asesinato con la agravante de parentesco, el cual supone una estancia en prisión de aproximadamente 22 años (Europa Press, 2020; La Vanguardia, 2020).

4.4.2. Caso Yoana

El último supuesto hace referencia a los hechos descritos en la anterior sección alusivos al caso de Yoana (véase página 51), el cual llegó a las manos de la psiquiatra infantil y perinatal Ibone Olza el 22 de enero de 2021. La abogada de la joven costarricense se puso en contacto con Olza solicitando su asistencia en juicio para lograr defender su postura, Yoana padeció un trastorno de negación del embarazo en 2017 cuando casi acaba con la vida de su bebe recién nacido. La fiscalía solicitaba 15 años de prisión por la tentativa de homicidio calificado, sin embargo, la letrada interpuso un recurso de apelación contra esta sentencia, lo que permitió la celebración de un nuevo proceso judicial.

La psiquiatra aceptó participar en el pleito de esta joven carente de bienes y apesadumbrada por el riesgo de perder a su hijo si resultaba finalmente condenada. A su vez, elaboró un informe pericial psiquiátrico de Yoana, cuya abogada incluyó en el posterior juicio y solicitó la testificación de Olza. Aunque en un primer momento esta fue rechazada, tras la apelación se permitió la declaración telemática de la experta desde la sede del Consulado de Costa Rica situada en Madrid.

A lo largo de su discurso demostrativo Olza subrayó la existencia de un trastorno disociativo dentro de la esfera de una negación de la gestación. Igualmente señaló que el desconocimiento, la sorpresa y la falta de ayuda médica durante el alumbramiento dio lugar a una circunstancia traumática en la que la mujer inconscientemente respondió disociativamente. En otras palabras, esta alteración mental implica el desarrollo de despersonalización, desrealización, modificación de la percepción, amnesia y/o estupor transitorio como resultado del alto nivel de estrés al que la persona se está enfrentando. Consecuentemente la imputabilidad se ve reducida al tratarse de una enajenación psíquica transitoria.

De este modo, gracias a la intervención de la psiquiatra vasca el juicio en el que Yoana fue condenada a 15 años de privación de libertad fue anulado. En tal sentido, un nuevo pleito estableció a la joven como autora imputable del ilícito penal de homicidio calificado con el menoscabo de su descendiente en el grado de tentativa, por el que se le impuso una pena de prisión de 6 años la cual fue reemplazada por un arresto domiciliario controlado de forma electrónica (Olza, 2021b). Según el artículo 57 bis del Código Penal de Costa Rica (citado en Fiscalía Adjunta de Impugnaciones, 2019):

El arresto domiciliario con monitoreo electrónico es una sanción penal en sustitución de la prisión y tendrá la finalidad de promover la reinserción social de la persona sentenciada con base en las condiciones personales y sociales reguladas para la fijación de la pena. Para facilitar la reinserción social de la persona sentenciada, las autoridades de ejecución de la pena promoverán la educación virtual a distancia mediante el uso del Internet (p.1).

Este tipo de medida se desarrolló como una solución a la masificación que sufren las prisiones, así como a la necesidad de poner de manifiesto penas alternativas al ingreso carcelario. El arresto domiciliario con monitoreo electrónico puede realizarse a través de 3 sistemas:

- **La inspección telefónica programada.** Este sistema funciona mediante un programa informático que aleatoriamente se pone en contacto con el sujeto en la ubicación en la que este ha de encontrarse (generalmente su vivienda). El condenado ha de responder a esas llamadas para que el ordenador lo localice.

- **La radiofrecuencia.** El infractor porta permanentemente en una de sus extremidades un transmisor que ininterrumpidamente emite señales sobre la ubicación de la persona.
- **El control mediante GPS.** Es un mecanismo que permite realizar un rastreo continuo de la posición geográfica del victimario, aunque también puede efectuar el seguimiento recopilando los desplazamientos llevados a cabo a lo largo de 24 horas, remitiendolos a un servidor policial (Uscamayta, 2016).

5. CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo, tal y como se hace referencia en el resumen, era la aproximación al trastorno de negación no psicótica del embarazo y a su conexión con el filicidio mediante el análisis psicojurídico de casos reales. A partir de esta base se han podido extraer una serie de conclusiones sobre este fenómeno.

Los textos históricos, literarios y jurídicos ponen de manifiesto la antigüedad del delito de filicidio, el cual continúa presente en todas las culturas, tanto por parte de los progenitores masculinos como femeninos. A pesar de la reducción que ha experimentado actualmente supone la principal causa de muerte de menores de edad en regiones desarrolladas. A su vez, hay que tener en cuenta que el término filicidio engloba otros como son el neonaticidio, que presenta una tipología de victimario mucho más específica de la que pudiera inferirse del infanticidio, el familicidio o el feticidio (Company et al, 2015; González y Muñoz-Rivas, 2003).

Respecto a las características de los filicidas destaca que un 70% de estos crímenes son cometidos por ellas, especialmente el neonaticidio. Este hecho resulta llamativo dado que la delincuencia masculina asciende a un 90% de los ilícitos penales a nivel mundial. La causa principal que se esconde bajo esta vistosa cifra de criminalidad femenina puede establecerse en la misma definición de neonaticidio, ya que este supone la provocación de la muerte de un individuo durante sus primeras 24 horas de vida, las cuales esencialmente transcurren junto a su madre. Así mismo, la edad media de los autores se sitúa en torno a los 30 años para los agresores de ambos géneros, aunque tiende a ser algo inferior en el caso de las féminas. El padecimiento de trastornos mentales también resulta un elemento importante dentro de esta problemática. El filicidio cometido por hombres se asocia a alteraciones psicopatológicas de personalidad o estresores psicosociales, mientras que los desórdenes emocionales se vinculan a las mujeres infractoras. En consecuencia, los primeros llevan a cabo el delito de manera más violenta que las segundas quienes destacan por el empleo de la negligencia o el abandono como comportamiento criminal (Barón et al., 2021; Cárdenas, 2020; Morcillo, 2019).

En esta línea, cabe subrayar que la prevalencia de psicopatologías y tendencias suicidas entre los filicidas es superior a la presentada por infractores de otras tipologías delictivas. La esquizofrenia, los trastornos psicóticos, disociativos y los afectivos como la depresión mayor y la bipolaridad se ubican como las alteraciones mentales más relacionadas con el filicidio. Esto puede deberse a que entre su sintomatología se encuentran las alucinaciones, las amnesias, la despersonalización, la desrealización o los delirios, lo que provoca que el sujeto no sea completamente consciente de la realidad. Es más, la general existencia de un vínculo paternofilial tiende a imposibilitar el comportamiento dañino hacia el descendiente. De manera que el diagnóstico de un trastorno psíquico que anule las capacidades volitivas e intelectivas de la persona da sentido a la causa del crimen eliminando dicho nexo de afectividad (Barón et al, 2021; Benítez et al., 2013; Brown et al., 2019).

Por otro lado, es imprescindible realizar una diferenciación entre los 3 tipos de trastornos de negación del embarazo expuestos, debido a que sus repercusiones psicológicas y jurídico penales son muy diferentes. El encubrimiento de la preñez es común en mujeres que rondan los 20 años y son conocedoras de su estado gestacional, pero deciden mantenerlo en secreto por miedo a la repercusión del nacimiento del bebé en sus vidas. Es decir, se puede hablar de un proceso consciente de rechazo de la gravidez realizado voluntariamente por la mujer que se percata y se enfrenta a sus conflictos internos e interpersonales oponiéndose a la realidad. Por el contrario, en el trastorno de negación no psicótica o disociativa del embarazo, el cuerpo y la mente de forma involuntaria se oponen a la manifestación del proceso gestacional, generalmente como resultado de experiencias traumáticas durante la infancia. Por su parte, la negación psicótica se produce fruto de una enfermedad psicótica en la que este rechazo constituye un delirio más dentro del trastorno. La ocultación de la gestación se realiza voluntariamente, por lo que ante la comisión de un filicidio no implica una modificación de la responsabilidad penal. Sin embargo, la negación psicótica y la disociativa sí pueden llegar a constituir una causa de inimputabilidad, porque entrañan la existencia de una enfermedad psíquica al momento de cometer el crimen (Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011).

Haciendo hincapié en el trastorno de negación no psicótica o disociativa del embarazo se ha podido comprobar que la construcción de un ideal femenino en torno a

la maternidad es generador de fuertes miedos en las mujeres. Esto es, a pesar de no ser posible delimitar un perfil concreto de las féminas que sufren esta patología se observan ciertos elementos comunes, tales como una relación ambivalente sobre el hecho de ser madre, el sufrimiento de maltrato físico, psicológico y/o sexual, la existencia de un trastorno de estrés postraumático o un entorno sociocultural represivo. En consecuencia, y sumando el estado de shock generado por el inesperado alumbramiento, la relación materno filial se ve fuertemente debilitada aumentando el riesgo de que se produzca un neonaticidio, al igual que incrementando el peligro de sufrir complicaciones físicas y psíquicas posteriores al parto (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2019; Maldonado, 2011; Olza, 2021b; Sanchez, s.f). Todo ello pone de manifiesto la necesidad de que socialmente se conforme una nueva noción del término maternidad, para que esta sea accesible, privada, segura y libre para todas las mujeres. Para ello, será inevitable que como sociedad evolucionemos hacia una comunidad que, en primer lugar, no demonice a las féminas infractoras ni a aquellas que inconscientemente desconocen su embarazo. Y en segundo lugar, que el estigma en torno al colectivo de féminas que no quieren tener hijos, NO-MO (*No mothers*), deje de suponer un castigo social hacia las mismas (Pernas, 2022).

La elaboración de este estudio también ha permitido conocer la dificultad que entraña la comisión de un ilícito bajo los efectos de un trastorno mental para el esclarecimiento de la responsabilidad jurídico penal. Es imperativo mencionar que las alteraciones psíquicas juegan un papel fundamental dentro de la esfera jurídica. En este sentido, la inimputabilidad se encuentra delimitada por dos aspectos, la conexión entre alteración mental y delito y la existencia de una capacidad intelectual y volitiva reducida a causa del desorden psíquico (Orenes, 2020). Por ello, teniendo como base los casos referenciados y las características de los trastornos descritos, es posible concluir afirmando que la negación no psicótica o disociativa del embarazo sí supone una causa de exclusión de la responsabilidad penal en la comisión de un delito de neonaticidio. Cuando una madre acaba con la vida de su hijo padeciendo esta alteración mental en el momento en que este nace se cumplen los dos criterios de inimputabilidad. Por un lado, la mujer desconoce su estado gestacional y provoca la muerte de su descendiente, es decir, existe un vínculo entre trastorno e infracción penal. Y por otro lado, se produce una despersonalización, desrealización, amnesia y/o estupor transitorio, que merma las habilidades intelectuales y decisorias de la persona.

El resultado de la intervención de Olza supone un gran progreso respecto del desenlace del caso de Sonia Bedoui, cuyo trastorno no fue debidamente tenido en cuenta por parte de los cuerpos judiciales. Además, hay que tener en cuenta que el proceso penal no solo implica la posibilidad de una sentencia condenatoria a nivel judicial sino que supone un señalamiento y posible aislamiento social por la participación en este tipo de procedimiento. La anulación del primer dictamen condenatorio puede suponer una inspiración para quienes tratan de visibilizar el trastorno de negación no psicótica o disociativa de embarazo, evitando a su vez que la madre que lo ha padecido tenga que verse involucrada en un pleito en el que no se reconozca su psicopatología (Olza, 2021b).

La principal limitación de este estudio radica en la escasa literatura científica sobre esta problemática, al igual que el ínfimo número de supuestos disponibles para su análisis, fundamentalmente a causa de la baja incidencia del fenómeno. A su vez, resulta indispensable que la investigación del trastorno de negación no psicótica del embarazo y del filicidio continúe y se desarrolle en profundidad. Actualmente, los trabajos científicos dedicados al estudio de esta alteración carecen de protocolos de prevención, detección o posterior intervención. Este hecho supone un gran problema para las mujeres, dado que no disponen de un espacio en el que poder expresarse de forma segura y libre de juicios. Una investigación realizada durante un espacio temporal amplio podría ser una solución. Así el número de casos accesibles se vería incrementado y se podría comparar la información recopilada con informes policiales, médicos o sociales. Además, examinar las variables sociodemográficas y las dinámicas relaciones actuales y previas de las mujeres aportaría grandes avances con respecto a la prevalencia del trastorno.

En síntesis, la negación no psicótica o disociativa del embarazo es una psicopatología que requiere un reflexivo estudio por parte de la comunidad científica. Las féminas necesitan un cuidado adaptado a la dificultad de su situación. La visibilización del fenómeno facilita que se produzca un diagnóstico temprano y podría solventar algunos de los problemas relacionales de la madre y el bebé tras su nacimiento.

6. REFERENCIAS

- Actis, M. F. (2021). La construcción de la delincuencia femenina en las tramas de la criminología mediática. *Investigaciones Feministas*, 12(2), 639-652. <https://doi.org/10.5209/infe.73059>
- Adler, F. (1975). *Sisters in Crime*. McGraw-Hill.
- Alguacil, F. M. (2017). Ellas también delinquen: la criminalidad violenta de las mujeres en España. [Trabajo de Fin de Grado, Universitat Jaume]. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/170737/TFG_2017_Alguacil%20Casas_Francisco%20Miguel.pdf?sequence=1
- Alonso, A. (2009). Medidas de seguridad y proporcionalidad con el hecho cometido (a propósito de la peligrosa expansión del derecho penal de la peligrosidad). *Estudios penales y criminológicos*, 29(1), 107-139.
- Álvarez, A. (2022). Filicidios en la lógica de la violencia vicaria. Descripción de los casos en España (2013-2021). [Trabajo de Fin de Grado, Universitat de Barcelona]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/183940/1/TFG_A%CC%81lvarez_Belmonte_Adri%C3%A1n.pdf
- Álvarez, M. (s.f.). *Disociación y trastornos disociativos*. Psicología y trauma. <https://psicologiaytrauma.es/disociacion/>
- Andrews, D. A., y Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*. Multi-Health Systems.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barón, I., Carrasco, N., Santos, J., López, J. J., y González, J. L. (2021). El filicidio en España. Situación y limitaciones para su estudio. *Behavior & Law Journal*, 7(1), 13-22. <https://doi.org/10.47442/blj.v7.i1.86>

- BBC News Mundo (25 de noviembre de 2015). Síndrome de Cotard: el trastorno que hace que las personas creen que están muertas. *BBC*. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151117_sindrome_cotard_cree_muerto_gtg
- BBC News Mundo (7 de mayo de 2019). Qué es el embarazo críptico: no me di cuenta de que estaba embarazada hasta que parí a mi bebé. *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48175877>
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Free Press.
- Benítez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J., y Aliaga-Moore, A. (2013). Child homicide by parents in Chile: A gender-based study and analysis of post-filicide attempted suicide. *International journal of law and psychiatry*, 36(1), 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.11.008>
- Bourget, D., y Bradford, J. (1990). Homicidal Parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(3), 233-238. <https://doi.org/10.1177/070674379003500306>
- Brown, T., Bricknell, S., Bryant, W., Lyneham, S., Tyson D., y Fernandez., P. (2019). Filicide Offenders. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 1(568), 1-17. https://www.researchgate.net/publication/331559925_Filicide_Offenders
- Campos, B. (2010). El feticidio e infanticidio femeninos. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 27(3), 1-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757011>
- Cano, M. C. (2007). *Trastornos mentales y responsabilidad penal*. Psicología Jurídica. <https://psicologiajuridica.org/psj208.html>
- Cárdenas, D. M. (2020). Mujeres Filicidas: Análisis desde una perspectiva psicojurídica. *REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA*, 37 (2), 71-82. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n2/2215-5287-mlcr-37-02-71.pdf>

Código Penal [CP]. Ley Orgánica 10/1995. 23 de noviembre de 1995. Artículo 20. (España).

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Cohen, A. (1955). *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. Free Press.

Company, A., Romo, J., Pajón, L. y Soria, M. A. (2015). Filicidio, infanticidio y neonaticidio: estudio descriptivo de la situación en España entre los años 2000-2010. *Revista Criminalidad*, 57(3), 91-102. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082015000300007

Cortés, C., y Pérez, S. (2018). *Los Trastornos Disociativos en la jurisprudencia española: Un análisis de sentencias entre los años 2011 y 2017*. [PowerPoint]. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir». [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-4-pon7\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-4-pon7[1].pdf)

Dawson, M. (2015). Canadian trends in filicide by gender of the accused, 1961–2011. *Child abuse & neglect*, 1(47), 162-174. https://www.ctvnews.ca/polopoly_fs/1.5844866!/httpFile/file.pdf

De las Heras, A. (29 de abril de 2012). Una mujer da a luz en Bilbao sin saber que estaba embarazada. *El diario montañés*. <https://www.eldiariomontanes.es/20120429/mas-actualidad/sociedad/bano-piscina-cuando-agache-201204291637.html>

Del Río, S. (24 de marzo de 2020). *Trastorno de negación del embarazo*. Calma, Centro de Psicología y Especialistas en Maternidad. <https://www.calmapsi.es/trastorno-de-negacion-del-embarazo/>

Díaz, A. (12 de agosto de 2020). *Criminalidad y Género: breve aproximación a la delincuencia femenina*. Colegio Profesional de la Criminología de la Comunidad

de Madrid.
<https://colegiocriminologosmadrid.es/criminalidad-y-genero-breve-aproximacion-a-la-delincuencia-femenina/>

Durán, L. M. (2009). Apuntes sobre criminología feminista. *Revista Jurídica del Departamento de Derecho*. 2(1) 1-17.
https://biolex.unison.mx/index.php/biolex_unison_mx/article/view/133/128

Espriella, R. (2006). Filicidio: una revisión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35(1) 71-84.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a07.pdf>

EPPIC. (2000). ¿Qué es la psicosis? [Archivo PDF].
<http://www.p3-info.es/PDF/EpiccSpanish.pdf>

Europa Press. (21 de febrero de 2020). Una psiquiatra vincula el neonaticidio de la joven de Alcalá al trastorno de negación del embarazo. *Europa Press*.
<https://www.europapress.es/madrid/noticia-psiquiatra-vincula-neonaticidio-joven-alcala-trastorno-negacion-embarazo-sufria-20200221134721.html>

Fernández, A., Munar, C., y Bas, M. (2010). Embarazo delirante e hipernefoma. *Butlletí*. 28(3) 1-5.
http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_5947_ART_135.pdf

Fiscalía Adjunta de Impugnaciones. (2019). Boletín temático arresto domiciliario con monitoreo electrónico.
<https://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/index.php/boletines-jurisprudenciales/category/55-boletin-jurisprudencial-2019?download=1640:boletin-tematico-fiscalia-de-impugnaciones>

Fombellida, L., y Sánchez, J. A.. (2003). Personalidad múltiple: un caso raro en la práctica forense. *Cuadernos de Medicina Forense*, 1(31), 05-11.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062003000100002&lng=es&tlng=es.

- Garrido, I. (2019). Criminalidad femenina. Una aproximación al perfil de la asesina en serie. *Revista de Criminología, Psicología y Ley*, 1(1), 57-98.
<https://crispiley.usal.es/wp-content/uploads/sites/46/2019/01/CRIMINALIDAD-FEMENINA.-UNA-APROXIMACION-C3%83%E2%80%9CN-AL-PERFIL-DE-LA-ASESINA-EN-SERIE.pdf>
- Garland, D. (1990). *Castigo y sociedad moderna: un estudio de teoría social*. Siglo Veintiuno editores.
- Gomes, T. y Medeiros, M. (2012). El fenómeno de la negación no psicótica del embarazo. *Acta Psiquiatría y psicología de América Latina*, 58(3), 210-214.
https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9272/2/El_fenomeno_de_la_negacion_no_psicotica_del_embarazo.pdf
- González, D. y Muñoz-Rivas, M. (2003). Filicidio y neonaticidio: una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(2), 91-106.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/982295.pdf>
- Hare, R. D. (2003). *The psychopathy checklist–Revised*. ON.
- Huarcaya, J., y Podestá, A.. (2018). Síndrome de Cotard, catatonia y depresión: reporte de un caso. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(2), 135-140.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3342>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). Condenados. Delitos según sexo. Todos los delitos. Madrid: INE.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176793&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
- Jara, F. (8 de enero de 2014). Una mujer que mata a su hijo es incapaz de sentir culpa. *Infobae*.
<https://www.infobae.com/2014/01/08/1535805-una-mujer-que-mata-su-hijo-es-incapaz-sentir-culpa/>

- Kauppi, A., Kumpulainen, K.I., Karkola, K.O., Vanamo, T., y Merikanto, J. (2010). Maternal and paternal filicides: a retrospective review of filicides in Finland. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38 (2), 229-38 . <http://jaapl.org/content/jaapl/38/2/229.full.pdf>
- Knowles, H. (15 de noviembre de 2019). No morning sickness, no bump: A model says she didn't know she was pregnant until giving birth. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/health/2019/11/14/no-morning-sickness-no-bump-model-says-she-didnt-know-she-was-pregnant-until-giving-birth/>
- Laurenzo, P. (2019). Mujeres en el abismo: delincuencia femenina en contextos de violencia o exclusión. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 1(21), 1-42. criminet.ugr.es/recpc/21/recpc21-21.pdf
- LaSexta. (29 de octubre de 2018). Viudas negras, filicidas, envenenadoras y vengativas: así son los perfiles de las mujeres asesinas en España. *laSexta*. https://www.lasexta.com/programas/expediente-marlasca/cronica-negra/viudas-negras-filicidas-envenenadoras-y-vengativas-asi-son-los-perfiles-de-las-mujeres-asesinas-en-espana_201810295bd661b80cf202108eeb2454.html
- La cigogne française (12 de agosto de 2020). *Le déni de grossesse*. La cigogne française. <https://www.lacigognefrancaise.fr/blogs/grossesse/deni-de-grossesse>
- La Vanguardia. (28 de febrero de 2020). Todo el jurado considera culpable a la madre acusada de matar a puñaladas a su hija recién nacida en Alcalá (Madrid). *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20200228/473823783357/todo-el-jurado-considera-culpable-a-la-mujer-acusada-de-matar-a-punaladas-a-su-hija-recien-nacida-en-alcala.html>
- Loinaz, I. (2014). Mujeres delincuentes violentas. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 187-198. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2014.05.001>

- Loinaz, I. (2016). Cuando “el” delincuente es “ella”: intervención con mujeres violentas. *Anuario de Psicología Jurídica*. 26(1), 41-50.
<https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.006>
- Lombroso, C. y Ferrero, G. (1895): *The female offender*, Fisher Unwin.
- López, J. (2019). Negación de embarazo y/o embarazo oculto. Experiencia de 5 casos y revisión del problema. *Revista decana de la especialidad toko-ginecología práctica*. 1(767), 417-422.
http://1a7da98c-1e3c-4555-b03f-137ffe83af29.filesusr.com/ugd/99c68d_25de26d971364c1db37eb8198a31ad49.pdf
- Maldonado, J. M. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Organización Panamericana de la Salud.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Malpartida, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 5(2), 355-365
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms202e.pdf>
- Mariano, T. Y., Chan, H. C., y Myers, W. C. (2014). Toward a more holistic understanding of filicide: A multidisciplinary analysis of 32 years of U.S. arrest data. *Forensic Science International*, 245(1), 92-94.
<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.12.019>
- 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*, 13(1), 73-104.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6380086.pdf>
- Mayo Clinic. (29 de julio de 2021). *Trastornos disociativos*.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>

- MedlinePlus. (27 de enero de 2020). *Eclampsia*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm>
- Mora, L. (13 de junio de 2021). *¿Qué es un embarazo críptico?*. Eres mamá.
<https://eresmama.com/que-es-embarazo-criptico/>
- Morcillo, C. (16 de mayo de 2019). Los filicidios están cometidos casi en el 70 por ciento por mujeres. *ABC*.
https://www.abc.es/espana/abci-filicidios-estan-cometidos-casi-70-ciento-mujeres-201905160155_noticia.html
- Olza, I. [Ibone Olza]. (7 de octubre de 2021a). *Negación del embarazo* [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=LaJN8MuUqKo&t=604s>
- Olza, I. (18 de octubre de 2021b). Negación del embarazo: anulación de condena. *IBONE OLZA*.
<https://iboneolza.org/2021/10/18/negacion-del-embarazo-anulacion-de-condena/>
- Olza, I., y Gainza, I. (2007). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 1(2-3-4), 176-180.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/98/88>
- Orenses, M. (2020). Fundamento médico legal de la imputabilidad en los distintos trastornos psiquiátricos. Importancia de la prueba pericial psiquiátrica. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 1(37), 46-55.
https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/81864/4A3_Orenes_GICF_37.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Osorio, D. (2017). Vivencias y percepciones de un hombre que comete filicidio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(2), 114-122.
<https://www.redalyc.org/pdf/3315/331552284006.pdf>

- Páez, A. (2021). Estado de la cuestión del estudio de la influencia del género en la toma de decisiones judiciales. *Revista Española de Investigación Criminológica*. 19(1), 1–25. <https://doi.org/10.46381/reic.v19i1.483>
- Pascual, K. (27 de abril de 2022). *Embarazo críptico: cuando descubres que vas a ser madre en el momento del parto*. Bebés y más. <https://www.bebesymas.com/embarazo/embarazo-criptico-cuando-descubres-que-e-vas-a-ser-madre-momento-parto>
- Pernas, E. (4 de marzo de 2022). Mujeres, no madres: "El cuestionamiento que he visto hacia mí no lo he visto en los hombres". *RTVE*. <https://www.rtve.es/noticias/20220304/mujeres-no-madres/2301247.shtml>
- Pina, I. (12 de julio de 2016). *Criminología feminista*. Crimipedia. <https://crimipedia.umh.es/topics/criminologia-feminista/>
- Pinedo, C. (12 de abril de 2022). Embarazo psicológico: ¿qué es y por qué se produce?. *El País*. <https://elpais.com/mamas-papas/actualidad/2022-04-12/embarazo-psicologico-que-es-y-por-que-se-produce.html>
- Pintado, O. (2019). Trastornos mentales y violencia: implicaciones jurídico-forenses. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad del País Vasco]. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/48752/TFG%20_Pintado%20%20.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pollak, O. (1950). *The Criminality of Women*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Putkonen, H., Amon, S., Weizmann-Henelius, G., Pankakoski, M., Eronen, M., Almiron, M. P., y Klier, C. M. (2016). Classifying filicide. *International Journal*

of Forensic Mental Health, 15 (2), 198–210.
<https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1152616>

Quarmby, K. (27 de agosto de 2016). Mujeres que torturan, agreden y matan. *El País*.
https://elpais.com/elpais/2016/08/23/ciencia/1471968801_336249.html

Quiroga, A., y Lorenzo, M. M. (2019). *Contribuciones de la Criminología feminista para el estudio de la delincuencia femenina*. VI Xornada Universitaria Galega en Xénero: (RE)CONSTRUÍNDO O COÑECEMENTO.
https://www.researchgate.net/publication/333894858_Contribuciones_de_la_criminologia_feminista_para_el_estudio_de_la_delincuencia_femenina

Reina, E. (25 de abril de 2021). La Mataviejitas, ¿asesina o víctima?. *El País*.
<https://elpais.com/mexico/2021-04-25/la-mataviejitas-asesina-o-victima.html>

Ramos, R. (22 de mayo de 2022). Mujer sumisa, mujer rebelde. *La Vanguardia*.
<https://www.lavanguardia.com/cultura/20220522/8283914/mujer-sumisa-mujer-rebelde-exposicion-british-museum.html>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [1 de mayo de 2022].
<https://dle.rae.es/filicidio?m=form>

Reyes, A. (1 de febrero de 2022). *La disociación: un fenómeno curioso de nuestra mente*. La mente es maravillosa.
<https://lamenteesmaravillosa.com/la-disociacion-fenomeno-curioso-nuestra-mente/>

Rojas, D. C. P., Arcón, M. H., y Calderón B. P. (2010). Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 129-133.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200012&script=sci_arttext&tlng=pt

- Sáenz, J. E. (2020). El feminicidio como delito violento y circunstanciado. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(4), 325-332.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n4/2218-3620-rus-12-04-325.pdf>
- Sánchez, G. (s.f.). *Embarazo críptico o negación del embarazo: ¿en qué consiste y de qué manera afecta este trastorno?*. Sapos y Princesas.
<https://saposyprincesas.elmundo.es/consejos/psicologia-infantil/negacion-del-embarazo/>
- San Juan, C. y Vozmediano, L. (2018). *Psicología Criminal*. Síntesis.
- Sharife, A. (31 de enero de 2022). El “agujero negro de los filicidios en España: 17 niños fueron asesinados en 2021 pero sólo se contabilizaron siete. *El Mundo*.
<https://www.elmundo.es/espana/2022/01/31/61f6d2d9e4d4d8423f8b45dd.html>
- Simon, R. J. (1975). *Women and Crime*. Lexington Books.
- Sosa, M. (18 de junio de 2021). La falta de datos de hijos asesinados por sus padres o madres lastra la protección de los menores. *El País*.
<https://elpais.com/sociedad/2021-06-18/la-falta-de-datos-de-asesinatos-de-hijos-a-manos-de-sus-padres-y-madres-lastra-la-proteccion-de-los-menores.html>
- Stanton, J., Simpson, A. y Woules, T. (2000). A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse and Neglect*, 24(11), 1451-1460.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00198-8)
- Tapia, P. (2014). Las medidas de seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas. *Revista Jurídica de Castilla y León*, 1(32), 1-21.
https://app.uff.br/slab/uploads/Las_medidas_de_seguridad_Reformas_m%C3%A1s_recientes_y_%C3%BAltimas_propuestas.pdf
- Uscamayta, W. (2016). La vigilancia electrónica personal: su aplicación y consecuencias. *Revista Lex de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la*

Universidad Alas Peruanas, 14(17), 171-186.
<http://dx.doi.org/10.21503/lex.v14i17.939>

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. y Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Vancouver, Canada: Simon Fraser University.

Weekes-Shackelford, V., & Shackelford, T. (2004). Methods of filicide: Stepparents and genetic parents kill differently. *Violence and victims*, 19(1), 75-81.
<https://www.toddshackelford.com/downloads/Weekes-Shackelford-Shackelford-VV-2004.pdf>

Yugueros, A.J. (2013). La delincuencia femenina: una revisión teórica. *FORO: Nueva Época*, 16(2), 311-316. http://dx.doi.org/10.5209/rev_FORO.2013.v16.n2.43943

7. INFORME EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación se centra en el análisis psicojurídico del trastorno de negación del embarazo y su vinculación con el delito de filicidio. Más concretamente se aborda el estudio de aquellas mujeres que acaban con la vida de sus descendientes como consecuencia del padecimiento de dicha psicopatología.

Las conductas violentas, especialmente aquellas que constituyen delito, son generadoras de una abrumadora repercusión social. No obstante, la dimensión de un hecho antisocial no radica exclusivamente en su carácter agresivo, sino en la definición que del mismo realice la ley penal y por ende, la comunidad. La comisión de un hecho delictivo por parte de una mujer tiene como resultado una respuesta social disparada, fruto de un arraigado heteropatriarcado en el que las féminas se han vinculado a un cometido reproductivo, que perfila las representaciones ideales de la feminidad. El emplazamiento de la maternidad como eje central del sino femenino ha propiciado la construcción de un deber social en las mujeres por el cual han de proteger al grupo, especialmente a sus hijos, lo que a su vez repercute en la futura evaluación jurídica de su conducta. La prevalencia de la delincuencia femenina es baja e inferior a la de los hombres. No obstante, a pesar de la menor tendencia violenta de las mujeres hacia la población general y de la ínfima perceptibilidad de las predilectas agresiones familiares de este colectivo, no se puede subestimar el riesgo venidero de dicho género (Cárdenas, 2020; Laurenzo, 2019; Loinaz, 2014; Sáenz, 2020)

El término filicidio procede de los conceptos latinos *filius* y *cidium*, *cide* los cuales respectivamente hacen referencia a los vocablos hijo y matar. De este modo, el Diccionario de la Real Academia Española (2022) define el filicidio como: “Muerte dada por un padre o una madre a su propio hijo”. Dentro de este vocablo se integran otros tales como, el neonaticidio, el infanticidio, el familicidio y el feticidio. El filicidio es un suceso que ha venido produciéndose a lo largo de la historia y en culturas variadas. A pesar de ello, los métodos anticonceptivos y los cambios sociales, como el feminismo, han contribuido en la disminución de esta problemática (Company et al, 2015; González y Muñoz-Rivas, 2003).

La difícil comprensión del delito de filicidio conlleva la imperiosa necesidad de elaborar una clasificación, a fin de simplificar el entendimiento de las circunstancias que envuelven este fenómeno. De este modo al mismo tiempo se favorece la elaboración de estrategias preventivas específicas para cada tipología. Las categorías de filicidio más empleadas son las 5 desarrolladas por Resnick: (1969, como se citó en Barón et al, 2021; Cárdenas, 2020; González y Muñoz-Rivas, 2003) el filicidio altruista, el filicidio agudamente psicótico, el filicidio por hijo no deseado, el filicidio accidental y el filicidio como venganza.

Los crímenes cometidos por los padres hacia sus hijos parecen no ser analizados en profundidad en España, ya que por ejemplo en el año 2021 se produjeron 17 delitos de filicidio, que no han sido categorizados como tales ya que no existe un cómputo global de este tipo de homicidio (Sharife, 2022). En esta línea, uno de los únicos estudios que ha investigado a fondo esta problemática en España fue el elaborado por Company et al. (2015). En él se trabajó con 58 delitos de los cuales un 63,8% se corresponden con el asesinato de un menor de edad superior a un año de vida, el 17,2% con el infanticidio y el 19% con el neonaticidio. Sobresale el hecho de que las autoras en su gran mayoría fueron mujeres y aún más que el neonaticidio fue exclusivamente cometido por ellas.

Desde la perspectiva más general se ha establecido una edad media de 31 años entre los victimarios masculinos. A su vez, la prevalencia de trastornos de personalidad en hombres filicidas es superior a la presentada por las mujeres. El modus operandi utilizado por los varones se ve marcado por el empleo de un exceso de golpes con fines en un principio correctivos, el uso de instrumentos punzantes o la estrangulación, produciéndose el fallecimiento del menor de forma inintencionada y ausente de planificación. Así mismo, la tasa de suicidio posterior a la comisión del crimen es extremadamente común entre el colectivo masculino. Su causa puede estar motivada por el remordimiento, la vergüenza, la evasión de las consecuencias penales, la evitación de consecuencias sociales o la existencia de alteraciones psicológicas (Benítez et al., 2013; Cárdenas, 2020; Dawson, 2015; Osorio, 2017).

Por su parte Espriella (2006) sostiene la involucración de un cuadro psicótico en el filicidio consumado por mujeres. La psicosis posparto, la negación del embarazo o

elementos no psicóticos como la depresión, las adicciones o las discapacidades intelectuales, trastornan considerablemente las facultades intelectivas necesarias para que una mujer realice sus actividades cotidianas, aumentando el peligro de que una madre decida poner fin tanto a su propia vida, como a la del bebé. Las acciones delictivas más empleadas por ellas son el uso de veneno, la estrangulación, la asfixia, las lesiones mortales mediante golpes y el ahogamiento. Aunque, a menudo la negligencia es la causante de la muerte de niños, especialmente de neonatos (González y Muñoz-Rivas, 2003). Tampoco se debe tener en cuenta que las características de las mujeres filicidas, su modus operandi y sus motivaciones serán diferentes en función del tipo de filicidio que se trate.

Entre los factores inductores de este ilícito se ha señalado la prevalencia de trastornos mentales. De este modo, a pesar de no existir un completo acuerdo en la literatura científica, Lambie (2001, como se citó en González y Muñoz-Rivas, 2003) sostiene que un 75% de los progenitores que acaban con la vida de sus hijos presentan una sintomatología psiquiátrica. La investigación realizada por Stanton et al. (2000) sobre féminas que habían cometido el delito de filicidio concluyó enunciando que dichas mujeres padecían una esquizofrenia, un trastorno maniaco-depresivo o un trastorno depresivo. Sus motivaciones eran interpretadas de manera altruista o como una parte más de su posterior suicidio. Dentro de este orden de ideas se subraya la involucración en la comisión de los actos filicidas del grupo de las esquizofrenias y de los trastornos psicóticos así como de los trastornos afectivos especialmente la depresión mayor y los trastornos bipolares.

Es necesario en este contexto diferenciar la existencia de tres fenómenos sumamente conexiónados vinculados a la gravidez: la negación no psicótica del embarazo, la ocultación del mismo y la denegación del embarazo fruto de una patología psicótica. La disimulación del embarazo tiene lugar cuando una mujer es conocedora de su estado gestacional pero decide esconderlo, por temor a las repercusiones que en su vida pueda plantear, por el desagrado que pueda llegar a generar en sus progenitores o por obstáculos económicos. Es decir, se trata de una negación externa. Suele ser común su aparición en adolescentes o jóvenes adultas, que viven con sus padres, siendo el 42% menor de 20 años. Es importante señalar que un apego prenatal positivo es un predictor

de un vínculo sano entre madre e hijo, ya que el embarazo oculto es un indicador de futuro abandono del menor. (Gomes y Medeiros, 2012; López, 2019; Pedreira, 1995).

La negación psicótica del embarazo tiene su origen en una enfermedad psicótica. La mujer presenta las alteraciones corporales propias del estado gestacional, lo que hace que su embarazo sea visible para los demás. Sin embargo, su psicosis provoca que esté fuera de la realidad reiterando la inexistencia de su preñez, siendo imposible convencerla de lo contrario. El término psicosis hace alusión a los trastornos mentales en los que no se mantiene un contacto con la realidad, es decir se refiere a cuando un individuo sufre un episodio psicótico. Esta psicopatología se manifiesta especialmente en sujetos jóvenes, llegando a afectar a un 3% de esta población. Durante la experiencia psicótica se producen cambios en la actitud y el pensamiento, teniendo como consecuencia ideas bizarras e inverosímiles (EPPIC, 2000; Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011).

El trastorno de negación no psicótica o disociativa del embarazo constituye el eje central de este trabajo. A causa de esta perturbación psíquica tiene lugar una autonegación a nivel psíquico que hace que el cuerpo se ajuste a este estado mental no somatizando el proceso fisiológico que supone la gestación. Debido a esto, la mujer con trastorno de negación del embarazo no presenta los síntomas propios de la gravidez, o en caso de que se manifiesten son interpretados de manera subjetiva sin vincularlos a un estado gestacional. Los elementos más característicos son: la existencia de una subjetiva seguridad de no encontrarse en estado de gestación, la carencia de signos y síntomas propios de la gravidez, la falta de preparación para el nacimiento y para la maternidad en general y la ausencia de un reconocimiento médico de embarazo (Del Río, 2020; Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011).

Este tipo de denegación puede exteriorizarse en diferentes niveles, siendo estos la negación total y la negación parcial. Muchas de estas mujeres no son conscientes de su estado gestacional hasta el momento de dar a luz al niño, se habla entonces de negación no psicótica total del embarazo o embarazo críptico. Por el contrario, se hace referencia a negación parcial, cuando una fémica es sorprendida por un embarazo a partir del quinto mes de gravidez (Del Río, 2020; Gomes y Medeiros, 2012; Maldonado, 2011; Pascual, 2022).

El trastorno de negación no psicótica del embarazo no solo implica la existencia de esta psicopatología sino que va asociado a la presencia de un trastorno disociativo, es decir, que el proceso psíquico del embarazo no se desarrolla a causa de un mecanismo disociativo. Los trastornos disociativos constituyen una desconexión de las funciones integradoras de la memoria, la conciencia y la percepción o la completa discontinuidad entre los pensamientos, las emociones, los recuerdos, la actividad motora, el entorno o la conciencia de la identidad propia de un sujeto. Por tanto, se puede afirmar que la disociación es la escisión estructurada de los procesos mentales que normalmente se encuentran integrados. Quien padece un trastorno disociativo de manera involuntaria se evade de la realidad, pudiendo no llegar a discernir si aquello que está ocurriendo es real y verdadero. Generalmente los trastornos disociativos tienen su origen en experiencias traumáticas vividas en la infancia, es decir, contextos de abuso sexual, físico o psicológico y/o de negligencia psíquica o física. Esta alteración podría señalarse como un mecanismo de defensa del inconsciente diseñado para mantener a raya los recuerdos dolorosos o las situaciones estresantes y angustiantes, pudiendo ir desde una amnesia al establecimiento de identidades alternativas (Álvarez, s.f.; Del Río, 2020; Mayo Clinic, 2021; Reyes, 2022). Existen tres trastornos disociativos principales descritos por el DSM-5 (APA, 2013): la amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno por despersonalización o desrealización.

Se han determinado una serie de síntomas y factores comunes favorables a la ignorancia de la gestación tales como la posición vertical del feto, la presencia de un manchado mensual, la realización de sucesivas pruebas de embarazo negativas y la falta de diagnóstico de gravidez por parte de los ginecólogos (Olza, 2021a). En lo que se refiere a las particularidades de las mujeres, no es posible determinar un modelo psicodinámico exclusivo, ya que no se ha encontrado una homogeneidad completa en aquellas que han padecido este patrón de embarazo. No obstante, la existencia de una nefasta relación con la figura paterna, el fomento por parte del núcleo familiar de una idea vil y culpable en torno a la sexualidad, el padecimiento de abusos sexuales en el domicilio, un prematuro conocimiento psicosexual y afectivo y la creencia de inaceptabilidad del embarazo han sido circunstancias señaladas entre las féminas que negaron involuntariamente su gestación (Spinelli, 2010, como se citó en López, 2019).

Los efectos de la denegación disociativa del embarazo pueden ser la manifestación de secuelas obstétricas, pediátricas y psicológicas en la salud mental y física de la madre y su respectivo sucesor. Es más, este fenómeno puede tener graves consecuencias para la construcción de una próspera relación entre ambos sujetos. Ahora bien, el desenlace más relevante del trastorno es la comisión de un filicidio, fundamentalmente de un neonaticidio a causa del estrés en el que la madre se encuentra por el imprevisto parto. La fémica comienza un proceso disociativo en el que la consciencia y la percepción se ven reducidas y alteradas, pudiendo producirse el delito tanto por comisión como por omisión de la atención al recién nacido. Además, el hecho de enfrentarse a este suceso vital en solitario acrecienta las posibilidades de que la progenitora entre en un estado de shock (Maldonado, 2011).

Este estudio también ha puesto el foco de atención en el marco jurídico penal que rodea el filicidio cometido por madres que sufren negación no psicótica o disociativa del embarazo. Dicha conducta punible se engloba en la legislación penal española dentro de los artículos 138 y 139 del Código Penal (1995), los cuales hacen referencia respectivamente al homicidio y al asesinato. El primero abarca la acción consistente en acabar con la vida de otra persona, mientras que el segundo añade a la provocación del fallecimiento de un sujeto la existencia de alevosía, precio, recompensa o promesa, y/o la concurrencia de ensañamiento.

La imputabilidad es una pieza ineludible dentro del puzzle del sistema judicial, puesto que permite realizar una valoración de la culpabilidad de un ciudadano en el momento en que este incurre en un comportamiento constitutivo de delito y por ende apto para recibir una pena por su comisión. El fundamento psicológico de la imputabilidad es la inteligencia y la intención. Por consiguiente no podrá hablarse de un sujeto imputable cuando dichas capacidades se encuentren seriamente distorsionadas. El nivel de perturbación de las facultades supondrá la consideración del individuo como, imputable, semi imputable o inimputable (Cano, 2007; Orenes, 2020).

El Código Penal español (1995) en su artículo 20 agrupa las eximentes completas, una serie de supuestos que eximen de la responsabilidad penal en relación a los trastornos mentales. El reconocimiento de un supuesto del artículo 20 no elimina la implantación de medidas de seguridad, dado que la inimputabilidad puede llegar a

evidenciar la peligrosidad de un sujeto. El objetivo principal de las medidas de seguridad es impedir y prevenir que una persona reincida en el comportamiento delictivo anulando su peligrosidad, a través de procedimientos correctivos, esto es, medidas educativas y/o terapéuticas, o técnicas neutralizadoras, que garanticen que el individuo no volverá a delinquir (Cano, 2007; Tapia, 2014).

Finalmente los casos de Sonia Bedoui y Yoana evidencian la necesidad de profundizar en la investigación del trastorno de negación del embarazo, además de, ayudar en su visibilización. A través de su descripción es posible advertir como ante unos mismos síntomas el resultado judicial es completamente diferente. Ambas mujeres desconocían su estado gestacional y fueron sobrevenidas por el nacimiento de su hijo, sin embargo, una de ellas fue condenada como autora responsable de un delito de asesinato sin la aplicación de eximentes completas o incompletas. Mientras que, por otro lado, la letrada de Yoana logró gracias a la intervención de la psicóloga Ibone Olza, que judicialmente se reconociera el padecimiento de una alteración psíquica en el momento en que sucedieron los hechos punibles.

Respecto a los ámbitos de mejora, se hace evidente la necesidad de desarrollar no solo una mirada científica sobre los filicidios cometidos como consecuencia de la denegación de embarazo, sino una visión comprensiva que rehuya los estereotipos de género y los constructos sociales patriarcales. Es más, la escasa prevalencia de este trastorno no ha de suponer una discriminación en su estudio o en su reconocimiento a nivel judicial, ya que de ser así se estaría produciendo una victimización secundaria. Las mujeres estarían siendo en cierto modo víctimas de su alteración psíquica y a su vez, víctimas del aislamiento que puede suponer la comisión de un ilícito penal. Por este motivo, resulta imperativo que desde la criminología se abogue por destruir los estigmas sociales asociados a los trastornos mentales y a la delincuencia, humanizando e intentando lograr comprender el porqué de la criminalidad

La proyección más clara de este trabajo se ubica en las disciplinas de la criminología, la psicología, el derecho, la sociología o la antropología, entre otras. Mediante este estudio la esfera de la criminología puede desarrollar en mayor medida el perfil de las féminas que sufren negación del embarazo, conocer sus causas, su modus operandi y recopilar información de diferentes ciencias. De esta manera se dispondría

de un conocimiento más amplio para poder plantear medidas de prevención o detección del trastorno y el filicidio generado por el anterior. A nivel judicial, esta investigación puede fomentar un incremento del reconocimiento de la denegación del embarazo, así como reflexionar acerca de la imputabilidad y las medidas de seguridad teniendo como base las alteraciones psíquicas. Por su parte sociólogos y antropólogos podrían encontrar un nuevo entorno discursivo muy ligado a las tendencias sociales actuales, estudiando las repercusiones sociales, culturales y antropológicas propias del fenómeno.

En definitiva, este TFG puede resultar de interés para toda la sociedad en su conjunto, ya que como se ha indicado a lo largo del mismo, la negación del embarazo es un proceso que se desarrolla silenciosamente y que puede ocurrir a cualquier mujer. Además, puede permitir la realización de una reflexión crítica sobre la visión del delito y las enfermedades mentales, así como dar a conocer a aquellas madres que no nacieron con el parto.

