

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN DERECHO



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**ADICCIONES SIN SUSTANCIA: ESPECIAL  
REFERENCIA AL JUEGO PATOLÓGICO Y SU  
TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL.**

**NON-SUBSTANCE ADDICTIONS: SPECIAL REFERENCE TO  
PATHOLOGICAL GAMBLING AND ITS JURISPRUDENTIAL  
TREATMENT.**

Autora: Andrea E. García López

Directora: M. Elena Torres Fernández

JUNIO 2018

**Resumen:** Estudio sobre el trastorno del juego patológico y su afectación a la capacidad volitiva del sujeto. Las posibilidades de actuar como causa de inimputabilidad y su posible encuadre en la tipificación del Código Penal a través de un análisis jurisprudencial.

**Abstract:** Research focused on pathological gambling and its impact on subject's volitional ability. Possibilities of acting as unimputability cause and its possible classify at Criminal Code through a jurisprudential analysis.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>II. LAS ADICCIONES</b> .....	7
<b>i. Qué es una adicción</b> .....	7
<b>ii. Caracterización de una adicción</b> .....	7
<b>iii. Clases de adicción</b> .....	10
<b>III. LA ADICCIÓN AL JUEGO</b> .....	12
<b>i. Caracterización de la adicción al juego.</b> .....	12
A. Introducción .....	12
B. Tipos de jugadores. ....	16
C. Fases.....	18
D. Clasificación diagnóstica. ....	19
<b>ii. Afectación a la voluntad.</b> .....	21
<b>IV. RELEVANCIA PENAL DEL JUEGO PATOLÓGICO. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL.</b> .....	23
<b>i. Relación con el Derecho y la criminalidad.</b> .....	23
<b>ii. Imputabilidad y atenuación en el juego patológico.</b> .....	26
A. Imputabilidad, eximentes y atenuantes. ....	26
B. Imputabilidad del jugador patológico. Tratamiento jurisprudencial.....	31
<i>a. No apreciación del trastorno</i> .....	39
<i>b. ART. 21.7 CP. Atenuante analógica.</i> .....	41
<i>c. ART. 21.1 CP. Eximente incompleta.</i> .....	43
<i>d. ART. 20.1 y 2 CP. Eximente completa.</i> .....	43
<b>V. CONCLUSIÓN</b> .....	46
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	48



## I. INTRODUCCIÓN

*“Usted se va a volver de palo —observó—. No sólo se aparta de la vida, de sus intereses y de los intereses sociales, de los deberes del ciudadano y el hombre, de sus amigos (usted los tenía, a pesar de todo)...; no sólo se desentiende usted de todo lo que no sea juego..., sino que hasta prescinde de sus recuerdos. Yo le recuerdo a usted en un instante ardoroso y fuerte de su vida; pero estoy seguro de que ya ha olvidado sus mejores impresiones de aquel tiempo; sus sueños, sus más vehementes ansias no van ahora más allá del pair et impair, rouge, noir, doce de enmedio, etc., etc.”*

F. Dostoievski. *El jugador*.

Por lo general, al hablar de adicción solemos asimilar directamente el consumo de alcohol, drogas, u otras sustancias similares, y en efecto son algunos de los problemas más graves a nivel global. A palabras de E. Becoña<sup>1</sup>, las conductas adictivas van a constituir el primer problema de salud mental del s. XXI. Actualmente, gracias a la evolución del concepto de adicción, podemos englobar dentro del mismo a aquellas en las que no interviene sustancia alguna, sino una conducta. Cada vez de manera más frecuente nos encontramos con este tipo de adicción, llamada psicológica o conductual, la cual actúa de igual modo que las adicciones químicas. Podemos apreciar esto con la aparición de las llamadas adicciones tecnológicas (a Internet, al móvil), cada vez más comunes gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías; o, por ejemplo, si hablamos de adicción a las compras, al juego, al sexo o la comida, presentes en nuestra historia desde hace bastante tiempo.

A simple vista, son conductas normales. Hoy en día casi todo el mundo utiliza Internet, y más fácil, todo el mundo realiza compras e ingiere comida. La mayoría de personas hace un uso razonable de estas conductas, pero el problema de la adicción aparece con la falta de control de la persona sobre ella hasta llegar prácticamente a dominar su vida.

---

<sup>1</sup> ECHEBURÚA, E., “¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet”. Bilbao, 2000.

Más concretamente, la adicción conductual que aquí nos ocupa es la del juego patológico, mayormente conocida como ludopatía. El juego –de azar– ha estado presente en la historia del hombre desde tiempos inmemorables, y con él los llamados jugadores patológicos o adictos al juego. Podemos citar a varios personajes célebres obsesionados con el juego, como son el emperador Claudio, Casanova o Dostoievski.

A ojos del derecho, nos interesa el estudio de esta adicción y más concretamente su afectación a la voluntad para poder determinar la imputabilidad del sujeto. Como en el caso de los trastornos mentales y drogodependencias, es muy importante también diferenciar al incendiario del pirómano, al ladrón del cleptómano, al aficionado al juego del ludópata y al violador del que tiene un trastorno de la inclinación sexual.

El jugador patológico es una persona que tiene plena capacidad cognitiva, sabiendo lo que hace y si es adecuado a derecho o no, pero obcecada su capacidad volitiva, de manera que no puede resistir el impulso a jugar. Jurisprudencialmente existen una serie de pautas para poder eximirle de responsabilidad criminal, o mínimamente atenuarla. Es necesario el diagnóstico médico de que se sufre esta patología (criterio biopsicológico) pero también la relación de las funciones psíquicas afectadas con los hechos delictivos (criterio médico-legal). Así pues, no es lo mismo una conducta ludopática que la conducta de un ludópata. El ludópata a lo largo del día realiza actos ludopáticos y otros que no lo son, interesándonos únicamente los primeros.

El tratamiento jurisprudencial del juego patológico ha sufrido una larga evolución, desde no ser considerado como enfermedad hasta su posterior reconocimiento como tal. Analizaremos uno por uno los posibles encuadres del juego patológico en los distintos preceptos del Código Penal, dependiendo de factores como la intensidad del trastorno y la relación de causalidad con el delito cometido.

## II. LAS ADICCIONES

### i. Qué es una adicción

El concepto de adicción ha ido evolucionando a lo largo de nuestra historia. Si bien el término “adicto” –proveniente del latín *addictus*– ya fue utilizado en Derecho Romano<sup>2</sup>, su significado en aquellos tiempos dista mucho del utilizado actualmente.

Con anterioridad al siglo XVIII, el concepto de adicción se asimilaba con aquellos comportamientos o hábitos que sobrepasan los límites de lo considerado normal<sup>3</sup>, equiparándose de manera frecuente con la drogodependencia, el alcoholismo, etc. Durante el siglo siguiente, se consiguió añadir al concepto elementos patológicos como es el síndrome de abstinencia, logrando finalmente que la adicción fuese reputada como enfermedad en el siglo XX.

Wanke definía la adicción como aquella demanda irresistible hacia un determinado estado vivencial, a la que se supeditan todas las fuerzas de la razón. La conducta, manía o tendencia obtiene así absoluta prioridad para el individuo, pasa a ser lo más importante para él, interfiriendo de esta manera en el libre desarrollo de la personalidad<sup>4</sup>. Actualmente, según la APA (*American Psychiatric Association*), la adicción “es una condición en la que el cuerpo debe consumir una determinada sustancia para evitar síntomas de abstinencia de carácter físico y psicológico”. Esta definición debe ser interpretada para incluir otras adicciones no relacionadas con el uso de sustancias, pero en las que la conducta adictiva actúa de igual manera, como es el caso del juego patológico.

### ii. Caracterización de una adicción

En la actualidad se incide en que lo característico de una adicción no es el objeto con el cual el sujeto se relaciona, sino el modo de comportarse del individuo; es decir, lo

---

<sup>2</sup> En Derecho Romano, el *addictus* era un hombre libre que pasaba a ser esclavo por adjudicarse mediante juicio a su acreedor cuando no podía pagar sus deudas.

<sup>3</sup> DE LA CUESTA ARZAMENDI, J. L., “Adicciones químicas y adicciones sin drogas. Su incidencia en la responsabilidad penal”. Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo. Dir. M. Bajo Fernández. Navarra, 2005. p.1272.

<sup>4</sup> DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A., “Los trastornos en el control de impulsos en psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico”. *Psiquiatría Legal y forense*, vol. 1. Dir. S. Delgado Bueno. Madrid, 1994. p. 824.

importante a la hora de hablar de adicción no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que el sujeto establece con ella<sup>5</sup>. De esta manera, cualquier tipo de actividad que consideremos normal puede convertirse en adicción dependiendo del uso que le demos; actividades cotidianas, como por ejemplo las compras, pueden llegar a ser una necesidad absoluta que controle la vida de la persona en forma de adicción.

Es importante atender también a la distinción hecha por E. Becoña<sup>6</sup> entre uso, abuso y dependencia. Hablaremos de uso cuando se dé esta conducta y no produzca consecuencias negativas en el individuo. Estaríamos frente a un caso de abuso cuando hay una realización continuada de la conducta a pesar de las consecuencias negativas derivadas de la misma. La dependencia surge con el uso excesivo de esta conducta, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo.

Las enfermedades adictivas cumplen siempre, según Alonso–Fernández<sup>7</sup>, cinco características esenciales. La primera de ellas es esa relación anómala con el objeto, incontrolable y excesiva. La segunda, la realización de la conducta a través de un acto impulsional, característica esencial que desarrollaremos más adelante al tratar la afectación de la voluntad. La tercera es el aporte efectivo de una serie de recompensas, tanto positivas (autorrealización) como negativas (autorrelajación). La repetición de la conducta adictiva en intervalos irregulares y no demasiado largos sería la cuarta, para finalizar con la acumulación de una serie de efectos negativos en los distintos ámbitos de la vida del sujeto.

En efecto, existen distintas diferenciaciones de las fases del ciclo adictivo, dependiendo del autor al que se atienda. Coincidiendo en todas ellas, los componentes fundamentales de las adicciones, bien sean comportamentales o por sustancias – clasificación en la que incidimos posteriormente– serían la dependencia, la tolerancia y la pérdida de control.

---

<sup>5</sup> ECHEBURÚA, E., “¿Adicciones...” op. cit. p. 18.

<sup>6</sup> BECOÑA IGLESIAS, E., “Adicciones. Modelo transteórico de cambio”. Psicología clínica de la salud. Coord. M. A. Vallejo, M. I. Comeche Moreno. 2002. pp. 101 y ss.

<sup>7</sup> ALONSO-FERNANDEZ, F. “Las nuevas adicciones”. Madrid, 2003. p. 17

De acuerdo con Vaillant<sup>8</sup>, los componentes conductuales básicos de la dependencia son la preocupación por la conducta en cuestión, el uso compulsivo de la misma y la tendencia a la recaída. La tolerancia se define por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR<sup>9</sup>) como la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo invertida para lograr satisfacción, además de la notable disminución de los efectos placenteros con el uso continuado.

Para tener un esquema visual y sencillo, nos quedaremos con la división en fases de Ridruejo, que divide en “seis momentos” el proceso adictivo:

1. Abuso, de la sustancia o actividad.
2. Enganche, consecuencia del refuerzo positivo, es decir, la obtención de placer, o el negativo, la evitación del malestar.
3. Compulsión.
4. Dependencia pasiva, pérdida del control.
5. Tolerancia.
6. Síndrome de dependencia, con manifestaciones tanto psíquicas como vegetativas.

La fase inicial es el tránsito que se produce entre afición y adicción. Se comienza teniendo una especial afición a cierta conducta o sustancia, que cada vez se hace más desmedida hasta que se hace un uso abusivo de ella, pero todavía con autocontrol. El sujeto convierte a la sustancia o conducta en su centro existencial, dedicándole la mayor parte de su tiempo, ya sea realizándola o pensando en realizarla, lo que interfiere en sus relaciones a nivel personal, familiar e incluso profesional. Tras esto, se da la fase de alejamiento forzado, bien sea de manera voluntaria por el propio sujeto o por otras circunstancias (p. ej. en el juego patológico, la falta de dinero). Durante este alejamiento la persona es emocionalmente inestable, con ansiedad, y en ocasiones aparece sintomatología similar a la del síndrome de abstinencia. El fin de este periodo se da cuando el sujeto no puede resistirse más y vuelve a realizar la conducta adictiva, lo que

---

<sup>8</sup> VAILLANT, G.; CLARK, W.; CYRUS, C.; MILOFSKY, E.; KOPP, J.; WULSIN, V.; MOGIELNICKI, N. “Prospective study of alcoholism treatment: eight-year follow-up”. 1983. pp. 455 y ss.

<sup>9</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 2002.

supone un alivio respecto de este periodo anterior (refuerzo negativo) y un sentimiento de autorrealización (refuerzo positivo). En algunas ocasiones aparece la llamada “contrarecompensa”, y la persona se siente culpable o avergonzada de su comportamiento. Cuando cesa este sentimiento de culpa, se llega a la fase de repetición, donde tras horas, días o semanas se vuelve a repetir la conducta, entrando así en un círculo vicioso. Finalmente, se acumulan las consecuencias nocivas de la adicción. El sujeto se ve afectado física y mentalmente a distintos niveles, con situaciones como pueden ser conflictos familiares, la pérdida del trabajo, alejamiento de los amigos, etc. La última de las fases es la actitud de resistencia al cambio, primeramente negando que existe la enfermedad, y posteriormente con las recaídas.

### **iii. Clases de adicción**

Podemos distinguir, principalmente, dos tipos de adicciones; las adicciones químicas o con sustancia y las adicciones comportamentales o psicológicas, en las que no interviene sustancia alguna. Dentro de ellas, a su vez, se dividen en otras tantas, según la sustancia o el comportamiento. Así, el primer grupo englobaría las adicciones al alcohol, tabaco, cafeína y otras drogas; el segundo, aquellas adicciones sin sustancia, como son el juego patológico, la adicción a Internet, al sexo, a las compras, etc. *Tabla 1.*

Entre estas dos categorías existen varias semejanzas, como son por ejemplo su clínica y fenomenología, historia natural, comorbilidad, tolerancia y abstinencia, aspectos genéticos superpuestos y los circuitos neurológicos<sup>10</sup>. Es frecuente también la asociación entre ellas, como por ejemplo los frecuentes casos de adicción al alcohol y al juego, y al trabajo y a la cocaína.

Dentro de ellas se pueden subdividir a su vez en legales e ilegales. Entre las adicciones conductuales legales podemos encontrar las anteriormente referidas en la *Tabla 1*, mientras que si hablamos de ilegales debemos hacer referencia a la cleptomanía

---

<sup>10</sup> CÍA, A. H., “Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes”. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 76 nº 13, 2013. p. 212.

y la piromanía. Son numerosas las combinaciones integradas por adicciones conductuales lícitas e ilícitas, como son por ejemplo la adicción a las compras y la cleptomanía.

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES<sup>11</sup>**

TIPOS	VARIANTES MÁS COMUNES
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego patológico</li> <li>• Adicción al sexo</li> <li>• Adicción a las compras</li> <li>• Adicción a la comida</li> <li>• Adicción al trabajo</li> <li>• Adicción al teléfono</li> <li>• Adicción a Internet</li> <li>• Adicción al ejercicio físico</li> </ul>
Químicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicción a los opiáceos</li> <li>• Alcoholismo</li> <li>• Adicción a la cocaína y a las anfetaminas</li> <li>• Adicción a las benzodiazepinas</li> <li>• Tabaquismo</li> </ul>

Las adicciones por sustancias se encuentran dentro de los trastornos psiquiátricos en las clasificaciones categoriales vigentes<sup>12</sup>, y por lo tanto cuentan con criterios para su diagnóstico.

Por el contrario, las adicciones psicológicas están clasificadas como trastornos del control de impulsos, a excepción del juego patológico. Estos trastornos son comportamientos que se caracterizan por la dificultad o imposibilidad de resistir el

<sup>11</sup> ECHEBURÚA, E., “¿Adicciones...”.op. cit. p. 17.

<sup>12</sup> En el ámbito de la psiquiatría, estas categorizaciones se recogen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o en inglés *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, vigente en su versión 10; y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, en su versión quinta, editado por la American Psychiatric Association (APA).

impulso, el deseo o la tentación de realizar algún acto que resulta nocivo para el paciente o para las personas que lo rodean. Su base fundamental es la impulsividad.<sup>13</sup>

En el DSM-5 se incluye una nueva categoría, “Trastornos adictivos y relacionados a sustancias”. Este capítulo, a su vez, se divide en Trastornos relacionados a sustancias y Trastornos no relacionados a sustancias. Dentro de éste último apartado solo aparece reconocido el *Gambling Disorder*, es decir, el trastorno por juego de apuestas. Así pues, el juego patológico, anteriormente categorizado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como trastorno de control de impulsos, pasa a estar categorizado como adicción. Este cambio favorece la analogía para otras adicciones sin drogas al no ser necesaria la existencia de una sustancia química<sup>14</sup>.

### III. LA ADICCIÓN AL JUEGO.

#### i. Caracterización de la adicción al juego.

##### A. Introducción

La primera de las adicciones sin sustancia cuya condición de trastorno ha sido reconocida oficialmente es la adicción al juego. El vocablo español “juego” designa a aquella actividad lúdica a la que se le supone un ánimo placentero. En inglés, para referirse al juego existen dos expresiones: *play* (entretenimiento) y *gambling* (apuesta). Es raro hablar de dependencia para la primera de ellas, considerándola sin embargo un riesgo incluido en la segunda<sup>15</sup>.

La adicción al juego se caracteriza por los persistentes pensamientos relativos al juego y la sucesiva aparición de conductas que el sujeto no puede controlar, las cuales interfieren de manera trascendente en la vida cotidiana y las relaciones personales del mismo. Además, provoca múltiples daños, extensibles a varios ámbitos de la vida.<sup>16</sup> El juego acaba convirtiéndose en lo más importante para el sujeto, restándole importancia así a todo lo demás, incluso a otras actividades sociales. Todo esto se traduce en malestar general, baja autoestima, problemas económicos y un largo etcétera. Cuando ya hablamos

---

<sup>13</sup> FERNÁNDEZ-MONTALVO, J.; LOPEZ-GOÑI, J.J., “Juego patológico y trastornos perturbadores del control de los impulsos y de la conducta”. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Dir. J. A. Cruzado Rodríguez. 2014. p. 527.

<sup>14</sup> FERNÁNDEZ-MONTALVO, J.; LOPEZ-GOÑI, J.J., “Juego patológico y...”. op. cit. p. 530.

<sup>15</sup> DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A., “Los trastornos...”. op. cit. p. 825

<sup>16</sup> DE LA CUESTA ARZAMENDI, J. L., “Adicciones químicas y...”. op. cit. p. 1292.

de dependencia, la persona se ve incitada a jugar por necesidad y desaparece ese ánimo placentero al que nos referíamos con anterioridad; “el juego deja de ser juego”<sup>17</sup>.

A finales del siglo XX, el jugador patológico es ya considerado como una persona con dependencia a una conducta, no a una sustancia, presentando los mismos síntomas fisiológicos que los que sufren de alguna adicción química.

La tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta<sup>18</sup>. Es en los hombres donde predomina el trastorno, siendo estos el doble que las mujeres. Esta diferencia de número en función al sexo se incrementa aún en el periodo de la adolescencia. Entre los que buscan tratamiento, la diferencia es mucho mayor; las mujeres, a pesar de ser menos, son más reacias a buscar ayuda terapéutica debido a la presión social.

En relación a la edad, el trastorno se da en todos los rangos, si bien los menores de 30 años constituyen del 30 al 40% de los jugadores patológicos reconocidos. Como en el caso de la distinción entre sexos, existe un gran abismo entre los que buscan ayuda y los que no; los jóvenes son en este caso los reacios a recibir tratamiento médico.

No es relevante la clase social o el nivel de educación. El juego patológico se extiende por igual a todos los niveles en la actualidad, si bien lo que sí varía es el tipo de juego<sup>19</sup>. Los jugadores con más poder adquisitivo frecuentan los casinos y los tipos de apuesta más altas, mientras que los de clase media se decantan por las máquinas tragaperras, para las que no es necesaria una alta apuesta y la gratificación es inmediata.

Entre los diversos tipos de juego (casinos, bingo, apuestas deportivas, máquinas tragaperras, juegos de azar) tienen especial relevancia las máquinas tragaperras. En España, la mayoría de adictos al juego muestran dependencia a éstas, debido a su funcionamiento<sup>20</sup>. La facilidad para localizarlas, ya sea en un salón de juegos o en un bar; el importe a apostar y sus ganancias posibles, en ocasiones muy superiores éstas a aquellas; el corto periodo de tiempo que transcurre entre la apuesta y el resultado; ciertas

---

<sup>17</sup> DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A., “Los trastornos...” op. cit. p. 825.

<sup>18</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 64.

<sup>19</sup> ROBERT, C.; BOTELLA, C., “Trastornos de control de impulsos: el juego patológico”. Manual de psicopatología, vol. 1. Dir. A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. Madrid, 2008. p. 431 y ss.

<sup>20</sup> ECHEBURÚA, E. “Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego psicológico”. *Psicothema*, 4. 1992. pp. 7-20.

señales indicativas –generadoras de creencias distorsionadas– de que “*la máquina está caliente*”, como son los marcadores que indican que hay un bote acumulado o que el premio “*está al caer*”; y la manipulación personal de la máquina, que genera una cierta ilusión de control<sup>21</sup>.

Las diferencias entre el juego por placer y el juego patológico son el aumento de la frecuencia y del dinero invertido, las complicaciones crecientes, la pérdida de control, el grado de malestar, la incapacidad de abstenerse, la disminución de la satisfacción y la pérdida de umbral de las inhibiciones, sucumbiendo fácilmente a cualquier incitación<sup>22</sup>. La CIE–10 establece como rasgo esencial para hablar de juego patológico estar en presencia de jugar apostando de un modo constante y reiterado que persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como la pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Podemos decir que las características que diferencian el juego normal del patológico son las mismas que distinguen a cualquier vinculación dependiente de una conducta normal<sup>23</sup>: a) exceso; b) depravación; c) reiteración de estados de ansiedad; d) pérdida de control; e) incapacidad de abstenerse durante tiempo corto o largo; f) manifestaciones abstinenciales, incluso vegetativas; g) disminución de la satisfacción y simultáneo aumento de frecuencia; h) pérdida del umbral de inhibición sucumbiendo a la mínima incitación; i) frecuente dependencia múltiple, desplazamiento de dependencias; j) trastornos psicosociales y psicorreactivos a la corta o a la larga.

De acuerdo con Alonso–Fernández<sup>24</sup>, los cinco datos definitorios de la enfermedad adictiva trasladados al perfil de jugador patológico son:

- La organización existencial (preocupaciones, fantasías, planes, etc en torno al juego y a conseguir dinero para jugar).
- La entrega incontrolada al juego por la impulsividad y un estado semihipnótico que impone continuar jugando, con una gran dificultad para

---

<sup>21</sup> FERNANDEZ-MONTALVO, J.; BAEZ, C.; ECHEBURÚA, E. “Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo”. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 37. 1996. pp. 14 y ss.

<sup>22</sup> ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas”. Revista Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 1 N° 0, 2000, p. 63.

<sup>23</sup> DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A., “Los trastornos...”. op. cit. p. 827

<sup>24</sup> ALONSO-FERNANDEZ, F. “Las nuevas...” op. cit. p. 17.

abandonarlo.

- Conseguir un inmenso placer positivo cuando se comienza a jugar y su incremento posterior conforme se va jugando, aumentan las apuestas y la excitación.
- La repetición del acto de jugar en cortos intervalos.
- La acumulación progresiva de consecuencias adversas para la salud, la profesión, la economía, la familia y las relaciones sociales, que no les impiden continuar con el juego pero si les pueden llevar a la elaboración de actos suicidas.

Custer señala como rasgos diferenciales del jugador compulsivo que es amable, sociable, entusiasta, trabajador, líder, hiperactivo y triunfador, fácilmente aburrible, necesitado de constantes estímulos y excitación. Una persona muy competitiva, con necesidad de ser reconocida como la primera en todo<sup>25</sup>. Los estímulos del mismo serían la necesidad de aprobación y estima, la necesidad de reconocimiento y la necesidad de confiar en su propia habilidad para manejar los asuntos y recopilar recompensas.

Lesieur<sup>26</sup> define al jugador patológico como aquella persona que fracasa progresiva y reiteradamente en su intento de resistir el impulso de jugar, aunque tal implicación en el juego le provoque problemas en su vida personal, familiar y socioprofesional.

Es importante señalar también que la ludopatía tiene especial relación con los trastornos del estado de ánimo, como son la depresión e hipomanía, y con otras conductas adictivas. Según diversos estudios, más del 90% de los jugadores manifiesta síntomas de depresión, siendo el porcentaje más bajo (en torno al 40%) para el caso de la hipomanía. El consumo de alcohol u otras drogas de manera abusiva también afecta aproximadamente a un 15% de los jugadores patológicos. El consumo de estas sustancias aparece como respuesta a motivaciones como pueden ser la potenciación de la estimulación y del placer, el enfrentamiento a las vivencias de juego, el olvido de las

---

<sup>25</sup> CUSTER, RL. "Profile of the pathological gambler". *The Journal of clinical psychiatry* 45, 1984. pp. 33 y ss.

<sup>26</sup> LESIEUR, H. R., "The chase: the compulsive gambler". Cambridge, MA.

pérdidas y/o la sustitución de la adicción<sup>27</sup>.

## **B. Tipos de jugadores.**

Llegados a este punto, es necesario distinguir al jugador patológico del resto de los distintos tipos de jugadores que los expertos señalan, siendo aquél el único en el que la conducta pasaría a ser considerada trastorno. Existen distintas clasificaciones de jugadores atendiendo a múltiples criterios, tanto cognitivos y motrices como biológicos. Nos centraremos en la clasificación hecha por Ochoa y Labrador<sup>28</sup>, por ser una de las más descriptivas, sin restarle sencillez:

– Jugador social o controlado: Juega ocasional o regularmente, por entretenimiento, satisfacción o en el marco de una interacción social. Tiene un control total sobre esa conducta, y por lo tanto puede cesar en la conducta cuando quiera. Puede variar mucho la cantidad de dinero jugado, el tiempo dedicado, etcétera, pero su característica fundamental es que, con independencia de esto, la interrupción del juego está bajo su control.

– Jugador problema: Juega de forma frecuente o diaria, con un gasto de dinero que le puede –o no– acarrear problemas de carácter económico, pero sin llegar a la gravedad del jugador patológico. Tiene menos control sobre sus impulsos que el social, aunque suele llevar una vida normal. Se podría considerar el punto intermedio entre jugador social y jugador patológico, existiendo un alto riesgo de convertirse en éste. Se considera al jugador problema como una persona con un alto riesgo de convertirse en jugador patológico.

– Jugador patológico: Entra en juego la dependencia, característica esencial de este tipo de jugador conjuntamente con la pérdida de control con respecto al juego, que le impide resistir el impulso a jugar. Su vida cotidiana se ve alterada por el juego y se entorpecen las relaciones personales, familiares, sociales o laborales. Sus conductas de juego descontrolado responden a las siguientes pautas: una frecuencia de juego y/o inversión en tiempo mayor de la que se puede permitir, apuesta cantidades de dinero superiores a las planeadas y a las que se puede permitir y presencia de pensamientos

---

<sup>27</sup> GONZÁLEZ, A. “Juego patológico: una nueva adicción”. 1989, Madrid.

<sup>28</sup> OCHOA, E.; LABRADOR, F. “El juego patológico”. Barcelona, 1994.

recurrentes y el deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando ha perdido. Otra característica es la necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido e incluso la presencia de distorsiones que le hacen creer que puede controlar o predecir el resultado del juego y así ganar.

– Jugador profesional: Se dedica profesionalmente al juego, es su medio de vida. No actúa por impulsos emocionales, sino que participa en juegos donde la habilidad toma gran parte en los resultados.

Para finalizar con la clasificación, destacaremos la de Blaszczynski y Nower<sup>29</sup>, ateniéndose a los jugadores patológicos –cuestión que nos ocupa aquí– integrando variables biológicas, de la personalidad, del desarrollo, cognitivas, de aprendizaje y de factores ambientales. Dividen así a los jugadores patológicos en tres grupos:

– Sujetos “normales”: Destaca la ausencia de cualquier psicopatología premórbida específica. Piensan que cuentan con probabilidades erróneas de ganar, y por eso se produce ese desarrollo de la conducta patológica. Se caracterizan por contar con una preocupación excesiva por los juegos de azar, la dependencia de sustancias, la depresión y la ansiedad, que no son más que las consecuencias (y no las causas) de sus problemas de juego. Son los que presentan menor gravedad.

– Sujetos emocionalmente vulnerables: en este grupo sí existen factores predisponentes de vulnerabilidad psicológica; estos sujetos necesitan suplir necesidades psicológicas específicas, y es esto lo que motiva su conducta. Suelen contar con problemas familiares, experiencias negativas en el desarrollo, prácticamente sin habilidad para la resolución de problemas, rasgos de personalidad neurótica y acontecimientos vitales adversos. Normalmente no pueden expresar sus emociones, y suelen tender a evadir sus problemas usando el juego.

– Sujetos con predisposición biológica a la impulsividad (impulsivos): se caracterizan por la presencia de una disfunción neurológica o neuroquímica que se refleja en impulsividad y en síntomas del trastorno de déficit de atención. Reaccionan de diferente manera a las gratificaciones y las pérdidas; no son capaces de retrasar la gratificación, la pérdida no va a suponer una disminución de su conducta. Suelen mostrar

---

<sup>29</sup> BLASZCZYNSKI, A.; NOWER, L. “A pathways model of problem and pathological gambling”. *Addiction*, 97. 2002. pp. 487-499.

una amplitud de problemas de conducta que son independientes de los juegos de azar (abuso de sustancias, las tendencias suicidas, irritabilidad, conductas delictivas). En efecto, la criminalidad es característica de este grupo.

### C. Fases.

Custer<sup>30</sup> y Lesieur<sup>31</sup> identifican tres fases a lo largo de la adicción al juego, una vez que el sujeto se encuentra sumido en la misma, no desde que comienza a jugar:

La primera de ellas es la *fase de ganancias*. En este periodo la persona todavía juega moderadamente y consigue algún premio que incrementa su optimismo y autoestima. Da gran importancia a las ganancias y mínima a las pérdidas.

En la segunda fase aumenta la frecuencia de juego y la cantidad de dinero invertido en el mismo, lo que hace que, por regla de proporcionalidad, se incrementen las pérdidas. Ya existe esa falta de control. En esta “*fase de pérdidas*” el jugador tiene que buscar medios para hacer frente a las mismas. Entramos en el círculo vicioso en el que se va endeudando, juega para obtener dinero con el fin de afrontar sus deudas y así sucesivamente. Se distancia de sus círculos sociales, se irrita si le hablan de juego y es muy complicado que reconozca el problema. Aquí toma partida la familia, que hará todo lo posible por que el jugador deje de jugar, a lo que este responde, generalmente, prometiendo que no volverá a hacerlo. La familia suele hacerse cargo de las deudas y el jugador queda liberado de responsabilidad.

La última fase es la llamada *fase de desesperación*. Se da la recaída del jugador, pero esta vez trata de ocultarlo a los demás. Esta ocultación la consigue a través de mentiras, excusas, e incluso pidiendo préstamos para ocultar esta falta de dinero. La persona se acaba viendo desbordada por los problemas económicos, lo que le impulsa en muchas ocasiones a cometer actos ilegales con los que conseguir dinero para seguir jugando. Por lo general se cometen delitos no violentos (desfalcos, apropiación indebida de dinero, ejercicio de la prostitución...) y el jugador está convencido de que lo devolverá con las ganancias que obtenga mientras sigue jugando. Cuando la familia descubre las

---

<sup>30</sup> CUSTER, R. L.; MILT, H., “*When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*”. *Facts on file publications*. 1985, Nueva York.

<sup>31</sup> LESIEUR, H. R. y CUSTER, R. L., “*Pathological gambling: Roots, phases, and treatment*”. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1984, pp. 146 y ss.

nuevas mentiras la persona se siente rebasada y, en muchos casos, el panorama empeora por el incremento en el consumo de alcohol y otras sustancias, como un modo de evitar enfrentarse a las consecuencias de sus actos. Aumentan los signos de malestar, tanto físico como psicológico, y en ocasiones se pueden producir intentos de suicidio.

#### **D. Clasificación diagnóstica.**

Para finalizar con la caracterización del juego patológico, es necesario hacer referencia a su clasificación diagnóstica, la cual hemos ido introduciendo y que ha ido variando a lo largo de estos últimos años hasta lograr la consideración de adicción.

El juego patológico fue incluido por primera vez como entidad nosológica en 1980 por la APA en el DSM–III<sup>32</sup> como un trastorno de control de los impulsos. Dentro de este capítulo, se incluía en la categoría reservada para los no clasificados en otros apartados junto a la cleptomanía, la piromanía y el trastorno explosivo intermitente. Las características generales de estos trastornos son el fracaso en resistir el impulso, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto y la experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de consumarlo. Más concretamente, el juego patológico se caracteriza por la aparición de una conducta de juego que altera sustancialmente los objetivos personales, familiares y/o profesionales<sup>33</sup>.

El DSM–III–R<sup>34</sup> sigue englobando al juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, con la única modificación de los criterios diagnósticos, que pasan a ser similares a los utilizados en el diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas.

En el DSM–IV<sup>35</sup> se sigue incluyendo en la misma categoría. Las modificaciones aportadas por esta nueva edición son un aumento del número de criterios necesarios para la consideración de una persona como jugador patológico, además de excluir esta

---

<sup>32</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 1980.

<sup>33</sup> ROBERT, C.; BOTELLA, C., “Trastornos de control...” op. cit. pp. 424 y 425.

<sup>34</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 1987.

<sup>35</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 2002.

posibilidad en los supuestos de existencia de un episodio maníaco.

**TABLA 2. Criterios diagnósticos del Juego patológico según el DSM-5 y la CIE-10.**

DSM-5	CIE-10
<p>Comportamiento de juego problemático, persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, tal como lo indican cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necesidad de jugar más dinero para conseguir la excitación deseada.</li> <li>2. Se siente nervioso o irritable cuando intenta reducir o parar el juego.</li> <li>3. Esfuerzos repetidos sin éxito para cortar, reducir o abandonar el juego.</li> <li>4. Mente ocupada en las apuestas (reviviendo en imaginación experiencias anteriores de juego, planificando y pensando en otras jugadas, o en cómo obtener dinero para continuar jugando).</li> <li>5. Apuesta cuando está en desasosiego, (deprimido, culpable o ansioso).</li> <li>6. Después de perder, juega para ganar más.</li> <li>7. Miente para ocultar el grado de implicación en el juego.</li> <li>8. Pone en peligro o pierde relaciones importantes, empleo, carrera académica o profesional, a causa del juego.</li> <li>9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación desesperada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia de dos o más episodios de juego en el periodo de, al menos, un año.</li> <li>2. Estos episodios carecen de provecho económico para el paciente, pero se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales sobre el entorno familiar y social y a pesar del malestar personal que producen.</li> <li>3. El sujeto describe un impulso intenso a jugar difícil de controlar y afirma ser incapaz de dejar de hacerlo mediante un esfuerzo de voluntad.</li> <li>4. Preocupación por imágenes mentales o pensamientos relacionados con el acto de jugar o las circunstancias que lo rodean.</li> </ol> <p>Excluye: juego excesivo en pacientes maníacos. Juego en el trastorno disocial de la personalidad.</p>

Actualmente rige la última edición del DSM, la quinta, que es la que ha introducido modificaciones que han supuesto un cambio en la consideración psicopatológica de este trastorno. Esto es debido al consenso científico en la consideración de la ludopatía como claro ejemplo de las adicciones sin drogas<sup>36</sup>. En

<sup>36</sup> FERNÁNDEZ-MONTALVO, J.; LOPEZ-GOÑI, J.J., “Juego patológico y...”. op. cit. p. 531.

efecto, es en el DSM–5<sup>37</sup> donde se comienza a considerar como adicción sin sustancia, abandonando el capítulo de los trastornos de control de impulsos. Inaugura la categoría de “trastornos no relacionados con sustancias”, dentro del capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Se ha enfatizado en los síntomas fisiológicos típicos de las adicciones –abstinencia y tolerancia–, siendo los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias y para el juego patológico prácticamente iguales. *Tabla 2.*

Los criterios de la CIE–10, con una diferencia de más de diez años en la fecha de publicación, son un poco antiguos y menos precisos que los del DSM–5, aparte de seguir clasificando al juego patológico como trastorno de control de los impulsos y no como una adicción, cuestión que interesa a este trabajo.

## **ii. Afectación a la voluntad.**

Si hablamos de afectación a la voluntad en el caso de la ludopatía, el aspecto psicopatológico que nos interesa es la impulsividad. Así pues, Custer<sup>38</sup> define al juego patológico como un trastorno en el cual el individuo es arrastrado por un impulso irresistible e incontrolable, afectando así a la voluntad del sujeto.

Por impulso entendemos un deseo autoritario de realizar una determinada conducta de manera inmediata. Se diferencia del impulso patológico en la incapacidad para resistirse, que no es otra cosa que un reflejo de la alteración de la capacidad volitiva<sup>39</sup>.

La voluntad cuenta con un doble mecanismo funcional que podemos dividir en impulsión y suspensión<sup>40</sup>. La primera de ellas consiste en la elaboración de deseos y tendencias, mientras que la suspensión es la capacidad de frenarlos mediante inhibiciones. Si estuviésemos ante una voluntad normal (volición), se realizaría una elección basada en sentimientos, ideas y tendencias entre la estimulación y la inhibición. En el caso de los adictos –o enfermos adictivos– es el mecanismo inhibitor el que deja de funcionar, de

---

<sup>37</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 2013.

<sup>38</sup> CUSTER, RL. “*Profile of the pathological...*” op. cit. pp. 35-38

<sup>39</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 64.

<sup>40</sup> ALONSO-FERNANDEZ, F. “*Las nuevas...*” op. cit. p. 17.

manera que se siguen produciendo esos deseos sin la posibilidad de frenarlos; prevalece la voluntad impulsora sobre la inhibidora, pero solo en lo relacionado con el juego.

Estaríamos hablando de que la volición adictiva sería únicamente una fuerza estimulante, con lo que la conducta se vuelve incontrolable y se plasma al exterior como un acto impulsional. La diferencia entre acto impulsional y acto impulsivo radica en que aquél posee una cierta continuidad organizativa, con un antes (la adicción en sí) y un después (la recompensa). Lo que sí se da en ambos es la impulsividad, actuar sin una reflexión suficiente y sin consideración de las consecuencias posteriores.

Este fallo de la voluntad no se produce en la primera fase; aparece más bien con el desarrollo de la conducta adictiva, con la aparición de la dependencia, donde ya se pierde el control. El acto impulsional queda fuera de ser controlado por el sujeto, desarrollándose sin respetar ninguna de las obligaciones del mismo, tanto laborales, profesionales, familiares como sociales. A raíz de esto se producen los problemas en todos estos ámbitos, que ya hemos analizado anteriormente.

Como referencia jurisprudencial atendemos a la STS de 19 de noviembre de 2002 (RJ 2002/51893)<sup>41</sup>: *«Hemos declarado respecto a la situación de ludopatía que la característica nosológica de la manifestación neurótica de los ludópatas o jugadores patológicos radica en su compulsión al juego, en el que participan de forma ansiosa, sin poder cortar con el hábito que ha creado en ellos una dependencia psicológica. Por eso y sin entrar en si constituye o no una enfermedad (lo que niega la Sentencia de 3 de enero de 1990) o es una forma de neurosis, lo trascendente en estos casos es –como señaló la sentencia de 24 de enero de 1991 – determinar la forma en que esa tendencia patológica a jugar se manifiesta en cada caso concreto y las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio o volición del agente. Dado que la compulsión del ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad en torno al acto concreto de jugar, su relevancia afectará a la valoración de las acciones temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará sólo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en esos momentos racional y dominable; y será por*

---

<sup>41</sup> En la misma línea: SSTS de 18 de mayo de 1993 (RJ 1993/4707), de 15 de noviembre de 1999 (RJ 1999/33783), de 27 de julio de 1998 (RJ 1998/19868), de 29 de octubre de 2001 (RJ 2001/41124), de 23 de febrero de 2001(EDJ 2001/6673) y de 11 de marzo de 2002 (RJ 2002/4101).

*completo intrascendente respecto a acciones no determinadas por el impulso patológico de la ludopatía y ejecutadas por motivos o fines distintos del juego ansiado».*

Algunos autores (McGarry, Gisbert, Del Toro) mantienen la postura de que la persona adicta al juego es incapaz de apreciar lo correcto o lo incorrecto eventualmente, pero la exculpación quedaría excluida a excepción de que exista alguna condición patológica que lo justifique. Otros, como Custer, defienden que se debe exculpar al jugador patológico, pues su conducta compulsiva bordea lo psicótico y son “insensatos”.

En efecto, la postura más respaldada actualmente es que los adictos al juego saben que están realizando un acto ilícito cuando cometen un delito, pero no son capaces de controlar su conducta. Sobre esto volveremos más adelante.

#### **IV. RELEVANCIA PENAL DEL JUEGO PATOLÓGICO. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL.**

##### **i. Relación con el Derecho y la criminalidad.**

Iniciando la parte que nos ocupa, comenzamos señalando que lo que preocupa al derecho es el juego–apuesta, no el juego en sí como actividad lúdica. Es aquél, debido a las ganancias económicas, del que pueden derivar conductas criminales como consecuencia de la patología del jugador. Esta apuesta se lleva a cabo gracias a una empresa organizada que opera hacia fuera, al “mercado integrado por los jugadores<sup>42</sup>”, lo que nos permite afirmar que los jugadores son consumidores y usuarios, y por lo tanto son titulares de los derechos básicos recogidos en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (LGDCU) y la propia Constitución en su artículo 51.

En el siglo XVIII, más concretamente en 1763, aparecen las Loterías. Los juegos autorizados por el Estado eran completamente lícitos, mientras que el resto eran sancionados. En los siglos siguientes prácticamente cualquier juego era legalizable, siempre que estuviese bien reglamentado y Hacienda pudiese ejercer su poder de control

---

<sup>42</sup>DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ-MARTOS DAUER, A., “Los trastornos...”. op. cit. p. 834.

sobre el mismo<sup>43</sup>. Otra cuestión es que debía practicarse en un lugar autorizado, en busca de evitar la clandestinidad.

En la época del franquismo sólo estaban autorizadas las quinielas, rifas y tómbolas, la ONCE y lotería nacional, mientras que dejaban de ser perseguidos los no autorizados. La normalización de los juegos se llevó a cabo a través del Real Decreto 16/77 debido a la gran demanda popular, el cual regula los aspectos penales, administrativos y fiscales del juego, y el Decreto 444/77 lo completó autorizando al juego en todo tipo de locales y territorios. Siguen vigentes en la actualidad con las modificaciones introducidas por el Real Decreto Ley 8/1982 de 30 de abril. En el art. 6 del D. 444/1977 se le prohíbe la admisión a los declarados judicialmente incapaces o pródigos, pero no se les prohíbe jugar. Por otro lado, una persona con capacidad plena puede solicitar libremente que se le prohíba la entrada a un local de juego.

Es necesario también, una vez tratado el tema de la legalidad relativa al mismo, realizar una breve exposición de la relación que guarda este tipo de adicción comportamental con el quebrantamiento del derecho. Podemos hacer una breve referencia a crímenes famosos en la historia de España relacionados con el juego (*Huerto del francés, Capitán Sánchez, Expreso de Andalucía*<sup>44</sup>), bien por perpetrarse por jugadores o contra los mismos.

Como hemos referido anteriormente, son comunes tanto la prodigalidad – (caracterizada por un gasto excesivo y desproporcionado (*elemento cuantitativo*), un gasto inútil e injustificado (*elemento cualitativo*) y un gasto habitual (*elemento cronológico*)<sup>45</sup>– como las situaciones de insolvencia, además de la comisión de

---

<sup>43</sup> DEL TORO MARZAL, A. “La imputabilidad del ludópata”. Jornadas sobre psiquiatría forense, Ministerio de Justicia. 1990. p. 171.

<sup>44</sup> *Crímenes del Huerto del Francés* (1900-1904). Captaban jugadores y les llevaban a un huerto donde tendrían lugar las partidas clandestinas. Una vez allí les mataban y les robaban el dinero.

*Crimen del Capitán Sánchez* (1913). Un padre y su hija captaron en el casino del Círculo de Bellas Artes a un jugador adinerado, al que mataron, robaron y descuartizaron posteriormente.

*Crimen del Expreso de Andalucía* (1924). Robo y asesinato a mano de tres jugadores.

<sup>45</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 66.

infracciones penales, consecuencia de ese descontrol dinerario inherente a la adicción.

Tabla 3.

**TABLA 3. Ludopatía y criminalidad<sup>46</sup>.**

Trastorno mental	Categoría nosológica	Criminalidad
<b>Juego patológico</b>	Adicción sin sustancia	<p><b>Delitos contra el patrimonio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estafas</li> <li>• Hurtos / robos</li> <li>• Falsificación</li> <li>• Apropiación indebida</li> <li>• Malversación de fondos</li> <li>• Extorsión</li> </ul> <p><b>Conductas violentas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresiones a personas</li> <li>• Daños (destrucción de objetos)</li> </ul>

Por lo general, el jugador patológico carece de historial delictivo previo a su adicción. La persona precisa cada vez más dinero debido a las pérdidas, y cuando este agota sus fuentes de financiación legal –incluidos los préstamos familiares– puede recurrir a la comisión de delitos para la obtención de dinero con el fin de seguir jugando. Esto lo realiza en un principio sin ánimo delictivo; el jugador patológico no quiere robar, quiere tomar prestado. Suelen comenzar con pequeñas sustracciones patrimoniales en el ámbito familiar o incluso en el trabajo. A estas infracciones las acompaña siempre la voluntad de devolverlo conforme mejore su situación, y con la imposibilidad de hacerlo se crea ese círculo vicioso al que nos referíamos anteriormente en las fases y estadio de la adicción. Las deudas aumentan progresivamente y el jugador cuenta cada vez con menos recursos. Este volumen incesante de las deudas hace que el jugador sea incapaz de

<sup>46</sup> ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 67. Modificada en atención a las modificaciones incluidas en el DSM-5.

controlarse y sus delitos se realicen de manera cada vez más fría, ya sea en el plano familiar (puede dilapidar el patrimonio), laboral (apropiaciones indebidas u operaciones fraudulentas) o en la calle (hurtos, estafas, tráfico de drogas y robos con intimidación)<sup>47</sup>. Hasta una fase avanzada de la adicción no se percatará de que le es imposible reparar con sus ganancias en el juego los perjuicios ocasionados a terceros.

Reiterar nuevamente que en todo momento los jugadores patológicos, al realizar estas conductas criminales, son conscientes de que están cometiendo un acto ilegal, pero a la vez incapaces de adecuar su conducta a las exigencias de la ley. Entramos ya en cuestiones de valoración de la imputabilidad.

## **ii. Imputabilidad y atenuación en el juego patológico.**

### **A. Imputabilidad, eximentes y atenuantes.**

Dado que nuestro trabajo tiene por objeto el estudio de cómo incide el juego patológico en la responsabilidad penal del jugador, es necesario tratar de manera inicial instituciones como son la imputabilidad y las distintas eximentes y atenuantes vigentes a día de hoy en nuestro Código Penal.

El concepto de imputabilidad proviene del latín *imputare*, que significa atribuir, y es uno de los dos elementos integrantes de la culpabilidad junto con la responsabilidad<sup>48</sup>. En efecto, no basta con la realización de un hecho tipificado en nuestro Código Penal para la exigencia de responsabilidad criminal, sino que también es necesaria la afirmación de culpabilidad del sujeto<sup>49</sup>. Nuestro Código no la define expresamente, por lo que su definición debe extraerse *ad sensu contrario* de las causas que excluyen la responsabilidad penal enumeradas en su artículo 20<sup>50</sup>. La imputabilidad hace referencia a

---

<sup>47</sup> DE LA CUESTA ARZAMENDI, J. L., “Adicciones químicas y...”. op. cit. p. 1293.

<sup>48</sup> Si bien es cierto que la doctrina se encuentra dividida en este punto, hay quienes como Berdugo Gómez de la Torre y Blanco Lozano consideran la imputabilidad como un elemento de la culpabilidad, mientras que otro sector (Cerezo Mir, Cuello Calón) la considera presupuesto necesario para poder hablar de la culpabilidad.

<sup>49</sup> BACIGALUPO ZAPATER, E. “Principios de Derecho Penal. Parte General”. 5ª ed. Madrid, 1998. p. 298.

<sup>50</sup> Art. 20 CP. Están exentos de responsabilidad criminal:

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.

la capacidad de actuar conforme a la norma en una persona con un estado de madurez psicobiológica<sup>51</sup>, es decir, entender y querer hacer. De los dos primeros apartados del artículo anteriormente mencionado podemos extraer los siguientes elementos:

- a) La capacidad de comprender la ilicitud de la conducta (inteligencia y conciencia).
- b) La capacidad de dirigir su comportamiento conforme a ese conocimiento (voluntad).

La primera de estas capacidades hace referencia a la comprensión y valoración de que un determinado comportamiento es contrario a derecho, y puede verse alterada por cualquier tipo de afectación a las funciones cognitivas, como por ejemplo los déficits de inteligencia, alteraciones del pensamiento y de la percepción. La segunda es, como explicábamos en lo referente a la voluntad, la capacidad del sujeto para controlarse y adecuar su conducta a esa comprensión, ajustando así su conducta a la norma.

A raíz de esto, podemos decir que una persona es imputable cuando sabe lo que hace y quiere hacerlo, incurriendo en una conducta delictiva. Por el contrario, el inimputable es aquella persona que o no sabe lo que hace, no es capaz de comprender la ilicitud de su conducta o es incapaz de controlar su comportamiento. Es incapaz de comportarse conforme a sus propias decisiones, no puede regular su conducta. Entre sujetos imputables e inimputables, cabría un estado mental intermedio al que se denomina imputabilidad parcial, imputabilidad disminuida o semiimputabilidad<sup>52</sup>. En este caso, estaríamos frente a patologías que no afectan de manera absoluta al sujeto, lo que hace

---

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.

[...] En los supuestos de los tres primeros números se aplicarán, en su caso, las medidas de seguridad previstas en este Código.

<sup>51</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 60.

<sup>52</sup> MORAGUES IBAÑEZ, M. “Aspectos penales del juego patológico”. Revista Informació Psicològica, nº 75, 2001. p. 75.

que no tenga sus capacidades totalmente nubladas, pero tampoco cuente con absoluta lucidez como el resto de personas.

La imputabilidad es la suma de un *criterio psicopatológico* (un diagnóstico clínico) y de un *criterio médico-legal* (relación de las funciones psíquicas afectadas con los hechos que han dado lugar al procedimiento judicial)<sup>53</sup>. En efecto, la imputabilidad debe guardar relación con el hecho delictivo en cuestión; nadie es inimputable siempre. Así, una persona esquizofrénica está afectada por la enfermedad, pero no todos sus actos son actos esquizofrénicos. No es suficiente que tenga la enfermedad diagnosticada (criterio psicopatológico), sino que debe de haber realizado el acto ilícito con sus capacidades afectadas por la misma en ese mismo momento (criterio médico-legal). En esta línea, la STS de 19 de julio de 2004 declara que *“fue la propia jurisprudencia, desde tiempos antiguos (incluso anteriores a la trascendental STS de 29 de mayo de 1948), la que desarrolló, en nuestro país, el denominado "criterio mixto", "biológico-psicológico" o también denominado en otros ámbitos "normativo-psicológico", para dejar sentado que la detección de la anomalía no era siempre equivalente a la exención de la responsabilidad criminal, pues para ello se requerían otros dos elementos igualmente esenciales, consecuencia de aquella, a saber: a) la afectación o limitación severa de alguna de las facultades psíquicas del sujeto, es decir, la cognoscitiva o de conocimiento por el individuo del alcance de la ilicitud de su conducta y la volitiva o de libre voluntad para acomodar su comportamiento a ese previo conocimiento de la ilicitud del acto que llevaba a cabo; y b) la "relación de sentido" entre la enfermedad y sus consecuencias en lo psíquico con el delito efectivamente ejecutado”*.

La peritación psicológica o psiquiátrica en el campo del Derecho Penal tiene como objeto fundamental el establecimiento de la imputabilidad como requisito previo de la responsabilidad y de la culpabilidad en caso de acciones delictivas<sup>54</sup>. Atendiendo a la jurisprudencia del Tribunal Supremo<sup>55</sup>, hay cuatro supuestos a los que debe atenderse

---

<sup>53</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 61.

<sup>54</sup> MORAGUES IBÁÑEZ, M. “Aspectos penales...” op. cit. p. 74.

<sup>55</sup> SSTS de 18 de mayo de 1959 (RJ 1959/1786), 17 de diciembre de 1965 (RJ 1965/5713), 14 de febrero de 1966 (RJ 1966/696), 25 de febrero de 1970 (RJ 1970/1027), 21 de junio (RJ 1993/5276) y 20 de julio de 1993 (RJ 1993/6414), 26 de mayo (RJ 1995/3953), 2 de octubre (RJ 1995/7372), 5 de diciembre (RJ 1995/9641) y de 19 de diciembre (RJ 1995/9451) todas de 1995, 4 de febrero (RJ 2000/420) y 11 de

para valorar la imputabilidad del sujeto. El primero de ellos es la naturaleza de la perturbación, es decir, el diagnóstico clínico del paciente y si esto afecta a sus capacidades cognitivas y volitivas. El segundo, hace referencia a la intensidad y grado de dicha perturbación, su mayor o menor alcance en la afectación a estas capacidades. El tercero de los supuestos es la duración del propio trastorno y la permanencia del mismo. Dependerá de si estaba afectado por el mismo en el momento en el que se haya realizado la conducta ilícita. El último y más importante es la relación de causalidad entre el trastorno y el hecho delictivo, es decir, si el sujeto hizo lo que hizo como consecuencia de su perturbación o no. Dicha perturbación puede ser causa o consecuencia de su acto ilícito, y a rasgos de valorar la no imputabilidad solo interesa si es causa del mismo. En el caso de que sea consecuencia, al no estar presente en el momento de realización del delito, no afectaría a la imputabilidad del autor.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de junio de 1962 respalda esta postura señalando que *“lo que de verdad interesa al derecho no son tanto las clasificaciones clínicas como su reflejo en el actuar...”*. Respecto a la relación de causalidad entre perturbación–acto, la STS de 2 de noviembre de 1983 exige *“no sólo la existencia de una enfermedad mental psiquiátricamente catalogada, sino que además tal enfermedad produzca en el psiquismo de quien la padece perturbaciones bastantes para eliminar la conciencia y la voluntad, base de la imputabilidad y culpabilidad...”*

Las causas de inimputabilidad recogidas en nuestro Código Penal, más concretamente, son:

- 1) Las anomalías o alteraciones psíquicas.
- 2) Las alteraciones en la percepción.
- 3) La intoxicación plena por drogas.
- 4) El síndrome de abstinencia derivado de la dependencia de drogas.

A la hora de valorar estas circunstancias se pueden encasillar como eximente o atenuante. Las eximentes excluyen la responsabilidad penal, pudiendo apreciarse de

---

septiembre de 2000 (RJ 2000/7752), 25 de enero (RJ 2001/461) y 14 de mayo de 2001 (RJ 2001/10313) entre otras.

manera completa o incompleta; en este último caso actuará como atenuante de la misma. Las atenuantes simplemente la disminuyen.

Si hablamos de eximente completa, el sujeto queda exento de responsabilidad. No se le puede imponer una pena debido a que sus funciones cognitivas y volitivas –ambas capacidades necesarias para la imputabilidad– se encuentran anuladas. Sin embargo, sí que se pueden adoptar medidas de seguridad de acuerdo con el art. 20 CP *in fine*, que pueden consistir en internamiento<sup>56</sup> u otro tipo de medidas<sup>57</sup>. Es necesario señalar que este internamiento nunca podrá ser por un tiempo superior a la pena de privación de libertad que le habría correspondido de habersele considerado imputable.

En el caso de la eximente incompleta, se considera que la persona es merecedora de una sanción penal, pero de manera atenuada, pues sus capacidades cognitivas o volitivas se ven disminuidas. Esta atenuación consiste en la posibilidad de rebajar la pena en 1 o 2 grados<sup>58</sup> y la de sustituirla por alguna de las medidas previstas en el Código Penal en el título IV.

Si se trata de una atenuante analógica, los tribunales pueden imponer la pena en su grado mínimo en función del grado de cualificación de la misma<sup>59</sup>. Como sucede en el caso de la eximente incompleta, se da en el sujeto una disminución de las capacidades, pero esta vez de escasa magnitud.

Por otro lado, es importante señalar que la exención de la responsabilidad civil es independiente a la penal, por lo que un sujeto exento de responsabilidad criminal tendrá que abonar en todo caso la indemnización correspondiente por el daño sufrido y los

---

<sup>56</sup> Artículo 101.1 CP. *Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.*

<sup>57</sup> Medidas contenidas en el art. 105 CP: libertad vigilada, custodia familiar, privación del derecho a la tenencia y porte de armas y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

<sup>58</sup> Artículo 68 CP. *En los casos previstos en la circunstancia primera del artículo 21, los jueces o tribunales impondrán la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley, atendidos el número y la entidad de los requisitos que falten o concurran, y las circunstancias personales de su autor, sin perjuicio de la aplicación del artículo 66 del presente Código.*

<sup>59</sup> Artículo 66 CP, sobre la apreciación de atenuantes o agravantes.

perjuicios ocasionados.

## **B. Imputabilidad del jugador patológico. Tratamiento jurisprudencial.**

Llegados a este punto debemos ya de saber que la imputabilidad del ludópata o jugador patológico ha sido objeto de controversia a lo largo de nuestra historia. No obstante, sí que está claro que su capacidad cognitiva no está afectada, conociendo en todo momento lo que hace y si es correcto o no. Por otro lado, podemos afirmar que la que sí se ve afectada es la capacidad volitiva, como hemos apuntado anteriormente<sup>60</sup>. Esta afección volitiva es la interferencia «en el pensamiento reflexivo y en el sistema de creencias» producida por la adicción, que acaba por «distorsionar la percepción de la realidad» y por «alterar el sistema motivacional y de afectos»<sup>61</sup>. La STS 5 noviembre 1997 relata que en el caso de la ludopatía la inteligencia “*permanece intacta, manteniendo la capacidad de comprensión del alcance y significado de su conducta*”. Más recientemente la STS 9146/2011 analiza la doctrina del Tribunal Supremo<sup>62</sup>, que “*ha examinado la capacidad de culpabilidad del ludópata, otorgando al mismo la categoría de entidad nosológica que se presenta dentro de una conducta más general de incapacidad para controlar los impulsos, que naturalmente no afecta al discernimiento sino a la voluntad del individuo, al encontrarse con incapacidad de resistir la tentación de jugar, la cual implica una dependencia psicológica y de conducta constituida por un impulso irresistible que es superior a los sentimientos, normas éticas, sociales y familiares y disponibilidades económicas que puede conducir a conductas delictivas cuando se agotan las fuentes para obtener dinero*”.

Es importante señalar que el grado de incapacidad en los jugadores patológicos no siempre va a ser el mismo y se deberá atender a las circunstancias personales de cada sujeto particularmente, como pueden ser la presencia de otros trastornos (depresión,

---

<sup>60</sup> GONZÁLEZ TRIJUEQUE, D; GRAÑA GÓMEZ, J. L. “Informe pericial psicológico: valoración de la imputabilidad en un jugador patológico”. Revista de psicopatología Clínica Legal y Forense, vol. 8, 2008, p. 211.

<sup>61</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad...”. op. cit. p. 67.

<sup>62</sup> STSS de 3 de enero de 1990, 29 de abril de 1991, 21 de septiembre de 1993 y 18 de febrero de 1994.

consumo de alcohol) o alteraciones de la personalidad, así como el propio síndrome de abstinencia.

En el tratamiento doctrinal de la imputabilidad del ludópata nos encontramos con dos posturas enfrentadas; los que defienden la exculpación del jugador patológico y los que estiman que debe ser considerado imputable.

Entre estos últimos, los autores que abogan por la no exculpación consideran que, a pesar de que el sujeto es incapaz para apreciar lo correcto o incorrecto, la exclusión de la imputabilidad solo es posible cuando existe alguna condición patológica que lo justifique<sup>63</sup> o un síndrome de abstinencia lúdica especialmente grave. Más drástico es Del Toro<sup>64</sup>, que en esta línea afirma que la privación de libertad impedirá jugar al afectado y acabará así con su dependencia.

En la postura opuesta, Custer es defensor de la exculpación, pues considera que la conducta compulsiva de los jugadores patológicos bordea lo psicótico, y aunque no son dementes, sí son “insensatos”. El fundamento de esta postura se encuentra en la afectación a la capacidad volitiva, condición sobre la que se fundamenta la imputabilidad<sup>65</sup>, como hemos tratado anteriormente.

Por otro lado, Carrasco y Maza valoran que existe base patológica para que la imputabilidad se vea afectada, mínimamente como atenuante e inclusive hasta eximente incompleta en los casos más graves. Destacar que esta disminución de la imputabilidad no será igual en todos los momentos de la vida del afectado por la enfermedad adictiva, si no que variará en función de los efectos y la intensidad de incidencia de los mismos en las facultades cognitivas y volitivas del sujeto. Junto a estos autores, Bautista Torres y Urruela Mora entre otros defienden que el juego patológico podría ser apreciado incluso como eximente completa, fundamentándose en que cumple el requisito biológico. Sin embargo, es muy difícil probar esa exención completa pues al producirse las conductas delictivas generalmente en momentos posteriores al juego, es más difícil relacionar esa impulsividad con el hecho. Continuando, a palabras de Homs<sup>66</sup> es importante valorar

---

<sup>63</sup> MORAGUES IBAÑEZ, M. “Aspectos penales...” op. cit. p. 75.

<sup>64</sup> DEL TORO MARZAL, A. “La imputabilidad...” op. cit. p. 172.

<sup>65</sup> MORAGUES IBAÑEZ, M. *Ibidem* p. 75.

<sup>66</sup> MORAGUES IBAÑEZ, M. *Ibidem* p. 77.

también si los delitos fueron cometidos bajo los efectos del juego patológico –es decir, mientras se jugaba–, después de horas de juego o bajo un síndrome de abstinencia.

Lo importante para la reducción de la imputabilidad es lograr probar que los delitos cometidos están conectados directamente con la patología del sujeto, es decir, la dependencia del delito con el impulso patológico<sup>67</sup>. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de febrero de 1994 establece que *“el problema reside en determinar la influencia que ha tenido esa tendencia del sujeto en el período delictivo que abarca desde 1984 a 1989. Respecto de la intensidad de su inclinación al juego, el juicio no puede ser muy satisfactorio para el acusado, ya que el mismo admite que dejó de jugar cuando quiso salvar los valores e intereses familiares sin necesidad de ayuda ni de terapia especial, lo que inclina a pensar que dichas motivaciones pudieran imponerse antes, e impide hablar apodícticamente de impulsos irresistibles. Item más, no consta que durante el período en que se dedicó al juego fueran destinadas a estos fines lúdicos todas las cantidades obtenidas por su torticera y delictiva conducta. Cuando se aparta del juego, superando por propia voluntad tal inclinación, siguió apoderándose de importantes sumas de dinero, valiéndose de la misma o semejante dinámica falsaria, hasta un montante de 52.689.000 pesetas, sin que dichas distracciones fuesen destinadas a "tapar" o reponer las sumas de que había dispuesto con anterioridad... En definitiva, no se encuentran serias y fundadas razones para afirmar que una irrefrenable afición al juego inclinó a la acción delictiva considerada en su conjunto... Estas razones impiden admitir la atenuación solicitada...”*. Con posterioridad a la sentencia anteriormente mencionada, en relación a esta prueba acreditativa de la relación causal entre delito y enfermedad, se pronuncia la STS de 27 de julio de 1998: *“lo trascendente en estos casos es –como señaló la Sentencia de 24 enero de 1991 (RJ 1991\283)– determinar la forma en que esa tendencia patológica a jugar se manifiesta en cada caso concreto y las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio o volición del agente. Dado que la compulsión del ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad en torno al acto concreto de jugar, su relevancia afectará a la valoración de las acciones temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará sólo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en esos momentos racional y*

---

<sup>67</sup> ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., *Ibidem*, p. 67.

*dominable; y será por completo intrascendente respecto a acciones no determinadas por el impulso patológico de la ludopatía y ejecutadas por motivos o fines distintos del juego ansiado”.*

Por ejemplo, cuando los delitos son planificados con antelación (estafas, malversación de fondos) la imputabilidad será mayor, mientras que si las conductas son en corto circuito, la imputabilidad será menor. En relación a esto, citamos la STS 5851/2013 de 4 de diciembre, que versa sobre un caso de estafa continuada y niega que la afectación a la voluntad se mantenga durante los más de doce meses en los que se produce la estafa, postulando que *“la compulsión del ludópata actúa en el momento en que la oportunidad del juego se le presenta y domina su voluntad en torno al acto concreto de jugar, su relevancia afectará a la valoración de las mismas temporal e inmediatamente dirigidas a satisfacer tal compulsión en el ámbito lúdico, mientras que en otros actos más lejanos obrará solo como impulso organizado para lograr el futuro placer del juego, impulso que es en ese estadio, racional y dominable, o al menos no irrefrenable”.*

Es necesaria también la correspondiente prueba forense de que existe la patología, no resultando suficiente la mera prueba testifical, de acuerdo con la STS de 2 de noviembre de 1994: *“En este caso, sin embargo, el recurrente se limita a la referencia a testimonios del acusado y de otras personas, cuya pretensión de credibilidad no puede fundar la casación, ya que la apreciación de las mismas depende sustancialmente de la inmediación del Tribunal de instancia. Sobre este punto, el Tribunal de instancia rechazó adecuadamente la pretensión de la defensa del acusado en el fundamento jurídico tercero de la sentencia, y sus argumentos pueden ser plenamente asumidos por esta Sala, pues el hecho de que el acusado jugase bastante a las "maquinitas" y que existiese un certificado médico en el que se decía que sufrió una depresión por problemas familiares y económicos no suponía la existencia de la neurosis pretendida.”*

De todo esto se desprende que la jurisprudencia establece una serie de trabas, encaminadas a evitar que se atenúe la responsabilidad penal a quien utilice la enfermedad con intención instrumental para lograr esa exención.

El tratamiento jurisprudencial que recibe el juego patológico por nuestro Tribunal Supremo y más concretamente su encuadre en un supuesto normativo concreto ha ido evolucionando a lo largo de la historia, pasando desde la no consideración del juego

patológico como enfermedad mental –y por tanto no considerarse como eximente o atenuante– hasta su posible incidencia en la responsabilidad criminal del sujeto incluso como eximente completa. Procedemos a hacer un análisis de esta evolución para posteriormente centrarnos en cada uno de los posibles artículos donde englobar esta patología.

La Sentencia de 19 de enero de 1995 de la Audiencia Provincial de Ciudad Real analiza esta evolución jurisprudencial, dividiéndola en tres fases. De acuerdo con la misma:

*“La primera fase está representada por la Sentencia de 3 de enero de 1990 (RJ 1990\263), en la que descarta el juego patológico como encuadrable en la enfermedad mental incompleta y menos aún en el trastorno mental transitorio incompleto.*

*El segundo paso viene constituido por la Sentencia de la Sala 1.ª de la Audiencia Nacional de 16 noviembre de 1990, en la que se recoge una definición completa de ludopatía contemplando su vertiente de adicción y otorgando en el caso de autos la entidad suficiente como para constituir una circunstancia atenuante por analogía, donde destacan tres características fundamentales: la consideración de la ludopatía como enfermedad, la nota de dependencia biopsicológica y conductual, lo que conecta con el concepto de adicción, y la referencia a su carácter creciente y progresivo a la vez que crónico.*

*La tercera etapa, que constituye un cambio cualitativo, viene señalada por la Sentencia de la Sala 2.ª del Tribunal Supremo de 29 de abril de 1991 (RJ 1991\2986), al considerar el juego patológico como un trastorno de los impulsos, o como una dependencia o adicción no tóxica, siendo lo relevante si la conducta del procesado puede enmarcarse en dichos términos de juego patológico o ludopatía y las repercusiones que ello entraña en su capacidad de raciocinio y volición a efectos de lo que en este caso se propugna, como eximente incompleta, o si, por el contrario, no alcanzando la entidad suficiente, sería estimable como circunstancia de atenuación analógica”.*

1. En la sentencia que constituye la primera fase, a pesar de existir un informe psiquiátrico que consideraba que el acusado sufría de ludopatía y que esta afectó a su capacidad, se rechaza la posible aplicación de la eximente incompleta del antiguo nº 1 del

artículo 9<sup>68</sup> del antiguo Código penal en relación con la 1ª del artículo 8<sup>69</sup> del mismo Código, pues como dice la propia Sentencia *“el juego patológico descrito en el referido informe médico no es una enfermedad, como muy bien dice el propio informe, y, por tanto, no cabe en el concepto de enajenado que acoge el n.º 1 del artículo 8 y menos aún, en el de trastorno mental transitorio. Así pues, ese trastorno del control de los impulsos, en que consiste el juego patológico, no puede encuadrarse ni en la enfermedad mental incompleta, ni, menos aún, en el trastorno mental transitorio incompleto, que es lo que, en definitiva, pretende el recurrente a través del presente motivo de casación, que por todo lo expuesto debe ser también rechazado”*.

2. En la segunda fase evolutiva, representada por la SAN de 16 de noviembre de 1990, se define al juego patológico como *“la enfermedad conocida como ludopatía, que implica una dependencia biopsicológica y conductual, constituida por impulsos irresistibles hacia algo, para cuya consecución se supedita todo, como sentimientos, normas éticas, sociales y familiares, y sobre todo, disponibilidades económicas, al tratarse de una adicción creciente, que encierra al individuo que la padece, en espacios psicológicos alterados”*.

En efecto, es la primera vez que se reconoce a la ludopatía como enfermedad. Al hablar de la dependencia biopsicológica y conductual la aproxima al concepto de adicción, esta vez sin sustancia. No solo definiéndola, hace referencia también a la afectación a la voluntad de la misma, añadiendo que ésta tiene *“repercusiones sensibles en su conducta y voluntad, por razón al trastorno que efectivamente le afecta y si bien no le priva plenamente de actividad intelectual e imputabilidad, sí las atenúa notablemente, ya que el afectado se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir la tentación de jugar, con incidencia grave en los objetivos personales-familiares vocacionales y tal dependencia le lleva a la realización de hechos delictivos, ante los cuales no está en condiciones de oponer una decidida voluntad para su no ejecución”*.

Se le otorgó la entidad suficiente como para ser considerada atenuante analógica

---

<sup>68</sup> Artículo 9 del Código Penal de 1973. Son circunstancias atenuantes:

1.ª Las expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

<sup>69</sup> Artículo 8 del Código Penal de 1973. Están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

muy cualificada del antiguo artículo 9.10, en relación con el 8.1 del Código penal de 1973, con la posibilidad de imponer la pena inmediatamente inferior en uno o dos grados a la señalada para el delito en cuestión de acuerdo con el artículo 61.5 del mencionado Código.

3. La STS de 29 de abril de 1991 dio paso a la tercera fase. En ella, más concretamente en su fundamento de derecho segundo, explica de manera muy completa cuestiones como las características del jugador patológico y los criterios diagnósticos recogidos en el DSM–III–R vigente en aquél entonces, haciendo referencia también a su cercanía con las conductas adictivas. Dice así:

*“La característica fundamental del jugador patológico la constituye su pérdida de control o de habilidades para dejar de jugar. Así pues, el juego que deja de ser un entretenimiento pasa a convertirse en una necesidad, que le lleva a sufrir pérdidas repetidas y excesivas, en constante búsqueda de un cambio de fortuna.*

*La Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM. III–R en adelante) en 1980, objetiviza la descripción del juego patológico y lo incluye dentro de los trastornos de control de los impulsos no clasificados en otros apartados, con los siguientes criterios diagnósticos: 1.º El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar. 2.º El juego pone en serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales. 3.º El juego no es debido a un trastorno antisocial de la personalidad. Sin embargo, cuando sus fuentes de obtención de dinero son escasas, es frecuente la aparición de una conducta antisocial para obtenerlo, si bien éstas no son típicamente violentas, pues existe un propósito consciente de devolver el dinero.*

*En su última revisión –DSM. III–R– se ha realizado una ampliación de los criterios diagnósticos precisando la sintomatología de este trastorno, debiendo de cumplirse cuatro de los síntomas que allí se concretan, hasta el núm. 9, los que son: 1.º Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar. 2.º Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado. 3.º Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada. 4.º Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar. 5.º Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar. 6.º Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego. 7.º Con frecuencia, el*

*juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales. 8.º Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar. 9.º Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.*

*Es evidente que aquí concurren las 1, 2, 5 y 9. Sin embargo, también concurren los requisitos de las que el propio DSM. III-R clasifica como dependencia. Así, pues, este trastorno se acercaría tanto a las conductas de tipo adictivo, como adicción no tóxica, como a las clasificadas de descontrol de los impulsos.”*

Continúa haciendo referencia también a la anteriormente mencionada STS de 3 de enero de 1990, para postular que lo importante no es la clasificación o no de la ludopatía como enfermedad, sino cómo repercute la misma en sus capacidades: *“en definitiva, pues, no tan importante es su concepción como un trastorno del control de los impulsos, o como una dependencia o adicción no tóxica, sino que lo relevante es si efectivamente la conducta del procesado puede enmarcarse en el término juego patológico o ludopatía, y las repercusiones que ello entrañaría en su capacidad de raciocinio y volición”*

Partiendo de los hechos probados, se caracteriza al procesado con *“una personalidad inmadura cognitiva y emocionalmente, con una visión fantasiosa y poco práctica de la vida y un nivel de aspiraciones desproporcionado a sus propias capacidades y recursos operativos, que favoreció en él el juego patológico caracterizado por el fracaso crónico y progresivo de la capacidad para resistir los impulsos a jugar, que se acentúan en períodos de stress y vienen precedidos por una inquietud y ansiedad generalizadas que cesan en el juego y se renuevan tras él”*. En relación a sus capacidades volitivas y cognitivas, refiere que *“no padece afectación intelectual ni de raciocinio, y por tanto falta la base táctica para poder estimar que tanto su psique como su voluntad estuvieron anuladas, o al menos disminuidas gravemente, sino que por su acusada inmadurez, su personalidad fantasiosa y su tolerancia a la frustración en muy pequeña cuantía, ha gozado de menos recursos que la generalidad de las personas, para controlar sus impulsos”*.

Con todo esto, se reconoce que efectivamente su capacidad volitiva estaba reducida, pero no podía ser encuadrada en la eximente de enfermedad mental incompleta ni en el trastorno mental transitorio recogidos en el apartado 1º del artículo 8 del Código Penal de 1973. Finalmente se aplicó por primera vez en un supuesto de juego patológico la atenuante analógica del antiguo artículo 9.10 en relación con el 8.1, ambos del anteriormente referido Código, señalando además que “*concuera además con lo que normalmente suele tomarse en consideración en los supuestos de adición, casi siempre drogadicción, sin resultar afectada gravemente la conciencia y voluntad*”.

A partir de este momento el Tribunal Supremo inició la aplicación de la atenuante analógica del antiguo art. 9.10 en relación con el primer apartado del mismo y con el art. 8.1, tanto en su vertiente genérica como común<sup>70</sup>.

Nuestro Código Penal actual nos ofrece múltiples posibilidades para encasillar al juego patológico en alguna atenuante o eximente, o directamente considerar que no afecta a la imputabilidad del sujeto en cuestión –dependerá, como ya hemos referido, de cada caso concreto. Comenzamos con el análisis de cada una de estas posibilidades.

#### *a. No apreciación del trastorno*

A lo largo de este trabajo hemos podido comprobar que no basta simplemente con la presencia del trastorno conocido como ludopatía para la reducción de la responsabilidad del sujeto, sino que existen otra serie de requisitos<sup>71</sup> para proceder a la atenuación o incluso eximición de la responsabilidad criminal. Numerosas sentencias de nuestro Tribunal Supremo<sup>72</sup> han declarado que la patología no era de intensidad bastante para anular la capacidad volitiva del sujeto.

---

<sup>70</sup> SSTS de 21 de septiembre de 1993 (RJ 1993/6816), de 14 de diciembre de 1993 (RJ 1993/9444), 18 de febrero de 1994 (RJ 1994/936), 12 de noviembre de 2002 (RJ 2002/10081), 19 de noviembre de 2002 (RJ 2002/10582), 9 de mayo de 2003 (RJ 2003/7144) y 3 de mayo de 2006 (RJ 2006/3030).

<sup>71</sup> Entre otras, STS 762/2004 de 14 de Junio (RJ 2004, 4979) , 67/2005 de 26 de Enero (RJ 2005, 4778) y 1491/2005 de 1 de Diciembre , 192/2006 de 1 de Febrero (RJ 2006, 1042) , 225/2006 de 2 de Marzo (RJ 2006, 2183) y 313/2006 de 17 de Marzo (RJ 2006, 5432) , 835/2006 de 17 de Julio (RJ 2006, 6107) , 530/2008 de 15 de Julio (RJ 2008, 4658) , 342/2009 de 2 de Abril (RJ 2009, 2939) , 914/2010 de 26 de Octubre (RJ 2010, 8167) , 685/2013 de 24 de Septiembre (RJ 2013, 6850) y 875/2014 (RJ 2014, 6844)

<sup>72</sup> Ver STS de 12 de julio de 2000 (EDJ 2000, 18348); SAP de Sevilla, de 23 de mayo de 2003 (EDJ 2003, 154853); SAP de Barcelona, de 20 de septiembre de 2004 (EDJ 2004, 158712) y SAP de A Coruña, de 13 de junio de 2006 (EDJ 2006, 114004).

En primer lugar se requiere que el trastorno goce de una cierta intensidad, de manera que afecte a las capacidades del sujeto. Ejemplo de esto es la Sentencia de la Audiencia Provincial de La Rioja, de 28 de mayo de 2008, que postula que *“el acusado Maximino no sufría esa adicción en tal intensidad que pudiera suprimir o minorar los frenos inhibitorios, o, en general, que hubiera producido un déficit mínimamente apreciable de sus facultades cognoscitivas o volitivas en acciones ejecutadas para conseguir dinero, siendo de destacar que el informe únicamente habla de simples posibilidades y no de conclusiones acreditadas”*. En esta misma línea, la STS de 12 de julio del 2000, citada también por la anterior, según la cual *“en todo caso, cuando la ludopatía es leve se excluye la atenuación”*. Más recientemente, la SAP de Zamora de 3 de noviembre de 2017, que hace hincapié en la distinción entre jugador patológico y jugador social, siendo este último completamente imputable<sup>73</sup>.

Otro presupuesto necesario también para considerar al sujeto inimputable o semiimputable es la vinculación directa del trastorno con el delito cometido. En primer lugar, en virtud de la STS de 9 de febrero de 2017, es necesario que el sujeto se encuentre afectado por la ludopatía en el momento de comisión de los hechos. Esta sentencia declara la inaplicación de la ludopatía como circunstancia modificativa de la responsabilidad, pues *“todas las pericias a que hace referencia el recurrente en la pág. 20 de su recurso, se refieren a los análisis efectuados en época posterior a los hechos, es decir, a partir del 2012. Por contra, los hechos enjuiciados ocurrieron en el periodo situado entre 2001 a 2011. Durante ese lapso de tiempo nunca fue examinado ni diagnosticado. Ciertamente, en el momento del examen por los psicólogos se le diagnosticó un cuadro de ludopatía y dependencia del alcohol, pero de lo que no hay constancia es de que ese cuadro constara en la época en la que se efectuaron las apropiaciones, ni menos que en base al mismo tuviese un déficit relevante que le impidiera conocer la relevancia penal de tales hechos o la de actuar conforme con tal comprensión”*.

Por último y quizás la más difícil de probar es la relación de causalidad entre la ludopatía y el hecho delictivo. Ejemplo de inapreciación de esta relación de causalidad,

---

<sup>73</sup> SAP Zamora de 3 de noviembre de 2017 (RJ 2017/311380): *“la médico forense explicó en el acto del juicio, haciendo la diferenciación, que el acusado no era un adicto patológico al juego que necesitase tratamiento de rehabilitación para deshabituarse, con sentimientos de culpa, sino que era un jugador social que, en efecto apostaba al juego, lo que quedaba demostrado por las numerosas apuestas por Internet que había realizado en un mes, pero podía dejar el juego sin necesidad de ayuda externa, siendo plenamente imputable”*.

aunque verse sobre un trastorno distinto, es la SAP Albacete de 14 de mayo de 2007, según la cual *“aunque los trastornos que tenía diagnosticados Luis Pedro podían afectar a sus facultades intelectivas y volitivas, no hay datos que orienten hacia una afectación de las mismas en el momento de comisión de los hechos, y es sabido que las circunstancias eximentes y atenuantes, como hechos "impeditivos" que son, deben ser objeto de prueba cumplida”*.

*b. ART. 21.7 CP. Atenuante analógica.*

Como ya mencionamos con anterioridad, ya en 1990 quedó abierta la puerta de la atenuante analógica para los supuestos de juego patológico, bien sea de manera muy cualificada o simple. Son muy numerosas las sentencias de nuestro Tribunal Supremo<sup>74</sup> en las que se aprecia esta atenuación analógica en virtud del trastorno ludópata, siendo este encuadre el más común de todos los posibles. Dependiendo del Tribunal, se considera eximente analógica en relación con el trastorno mental (recogido en el art. 20.1 CP) o con el trastorno adictivo (art. 20.2 del mismo Código).

En relación a este segundo artículo, la reciente STS 37/2017 de 12 de enero apunta que *“la jurisprudencia ciertamente ha considerado reiteradamente la ludopatía como una atenuante analógica, entendiendo que se trata de un trastorno que disminuye la voluntad pero no el discernimiento, exponiendo al respecto (SSTS 211/2014 , 1426/2011 , 1224/2006 o 659/2003 ) que "la ludopatía, o adicción al juego, puede considerarse una dependencia síquica que, cuando es grave y determina de modo directo e inmediato la comisión de hechos delictivos funcionalmente dirigidos a la obtención de fondos para satisfacer la compulsión al juego, permite ordinariamente la apreciación de una atenuante analógica del art. 21.6º en relación con el 21.2º, por tener análoga*

---

<sup>74</sup> STS de 18 de mayo de 1993 (EDJ 1993, 4707); ATS de 5 de julio de 1995 (EDJ 1995, 4979); STS, de 19 de noviembre de 2002 (EDJ 2002, 51893), STS de 18 de septiembre de 2003 (EDJ 2003, 110666), STS de 9 de abril de 2008 (EDJ 2008, 48919), STS de 29 de diciembre de 2011 (EDJ 2011, 322764), SAP de Badajoz, de 13 de mayo de 1996 (EDJ 1996, 2985); SAP de Teruel, de 8 de abril de 2000 (EDJ 2000, 16672); SAP de Asturias, de 17 de noviembre de 2000 (EDJ 2000, 63795); SAP de Vizcaya, de 2 de marzo de 2001 (EDJ 2001, 4787); SAP de Almería, de 10 de julio de 2001 (EDJ 2001, 30596); SAP de Valencia, de 17 de enero de 2006 (EDJ 2006, 280834); SAP de Madrid, de 16 de junio de 2006 (EDJ 2006, 380077); SAP de Las Palmas, de 26 de octubre de 2007 (EDJ 2007, 280159); SAP de Asturias, de 2 de octubre de 2009 (EDJ 2009, 262791); SAP de Zaragoza, de 1 de octubre de 2010 (EDJ 2010, 217832), SAP de Salamanca, de 17 de marzo de 2011 (EDJ 2011, 64380); SAP de Madrid, de 10 de mayo de 2011 (EDJ 2011, 115001); SAP de Zamora, de 16 de junio de 2011 (EDJ 2011, 172528), SAP de Córdoba, de 11 de junio de 2013 (EDJ 2013, 200915).

*significación que otras adicciones graves prevenidas como atenuantes en el citado párrafo segundo del art. 21.*”, haciendo hincapié así en la importancia de la calificación del juego patológico como adicción dada la similitud de sus características con cualquier otra adicción a sustancias. Hace referencia también a la afectación que sufre la voluntad y no el conocimiento. Añade que, como sucede con las adicciones o dependencias, es necesario un cierto grado de gravedad o de la manera contraria no producirán atenuación alguna, pues *“cuando es leve, y en consecuencia fácilmente controlable, no debe producir efecto alguno sobre la responsabilidad penal”*. Continúa *“Si esto es así incluso en casos de adicciones que crean dependencia física, como sucede con las sustancias estupefacientes, en mayor medida ha de aplicarse en supuestos de mera dependencia síquica como ocurre con la adicción al juego”*. Es muy importante esta equiparación entre las adicciones comportamentales y las adicciones químicas a efectos de aplicar esta atenuación, que no se había tenido en cuenta anteriormente.

En otras sentencias más antiguas<sup>75</sup>, la relación de la atenuante analógica se hace con el art. 20.1, es decir, con el trastorno mental. Ejemplo de esto es la SAP Zamora de 16 de junio de 2011, según la cual el acusado *“presenta un cuadro de ludopatía mixta en personalidad inmadura, inestable, sensitiva dependiente y psicasténica que puede clasificarse como trastorno mental clásico por déficit del control de impulsos, que considera a efectos médico- legales de situación analógica por déficit de control de impulsos que no afecta a su capacidad de discernimiento cognoscitivo, y que es ratificado en el informe médico-forense que establece que presenta, en relación con la ludopatía, una disminución de las bases psicobiológicas de la imputabilidad, en base a un déficit volitivo de control de impulsos”*. Destacar también las SSTS de 18 de mayo y de 21 de septiembre de 1993, en las que se considera al jugador patológico como un neurótico: *“Las personalidades neuróticas son personas que conservan sus facultades intelectivas de deliberación, conciencia de la realidad circundante y conocimiento de la trascendencia de sus actos y gozan, en general, de dominio sobre su obrar y de capacidad para dirigir sus acciones, aunque en ciertas formas su voluntad puede estar perturbada, ya por ciertos miedos o repulsiones instintivas e indomables (fobias), ya por ciertas impulsiones que les llevan a realizar determinado tipo de actos (manías). Todo lo que no*

---

<sup>75</sup> SSTS de 27 de julio de 1998 (RJ 1998\6988), 15 de noviembre de 1999 (RJ 1999/8939), 12 de noviembre de 2002 (RJ 2002/10081), 19 de noviembre de 2002 (RJ 2002/10582), 9 de mayo de 2003 (RJ 2003/7144) y 3 de mayo de 2006 (RJ 2006/3030)

*les impide observar una correcta vida de relación, perturbada sólo en los momentos en que la fobia o la manía se presenta''.*

Lo importante de la apreciación de esta atenuante no es el artículo con el que se relacione, sino que siempre se coincide en que, ya sea por trastorno mental o adictivo, el sujeto tiene obcecada su voluntad y es incapaz de resistirse a jugar, por lo que debe recibir un tratamiento análogo a los otros dos supuestos.

*c. ART. 21.1 CP. Eximente incompleta.*

Esta semieximente se reserva para los supuestos en los que efectivamente existe una afectación a la voluntad del sujeto mayor que la que se daría en el caso de la atenuación, pero tampoco completa, no pudiendo aplicar una eximente total. El alto tribunal ha aplicado esta eximente incompleta en muy pocas ocasiones, siendo más numerosos los pronunciamientos de Audiencias Provinciales apreciando la misma<sup>76</sup>.

En la STS de 4 de diciembre de 2013 se aprecia esta eximente incompleta en relación con el art. 20.1 CP, considerando a la ludopatía como neurosis. Dice así su fundamento de derecho segundo, en su apartado sexto: *“En consecuencia, si bien se estima que no resulta acreditada la anulación total de su capacidad volitiva como para que le sea apreciada la circunstancia eximente que solicita la defensa, no sólo porque ello no se desprende de la pericial practicada sino también por la dilación en el tiempo de la comisión de los hechos enjuiciados lo que aparece descartar una total anulación de su voluntad de manera permanente, sí considera la Sala que la afección incide en la responsabilidad penal de la acusada de una manera más importante que la simple atenuación y que por ello debe de serle apreciada una circunstancia eximente incompleta conforme a lo dispuesto en los arts. 21.1ª en relación con el 20.1º del C.P”.*

*d. ART. 20.1 y 2 CP. Eximente completa.*

En este último caso el sujeto quedaría completamente exento de responsabilidad criminal –que no civil, como ya apuntamos anteriormente. Es muy difícil lograr la apreciación de esta eximente completa por las trabas que hemos ido viendo a lo largo del

---

<sup>76</sup> SAP de Murcia de 16 de octubre de 1998, SAP de Valladolid de 6 de noviembre de 1998, SAP de Guipúzcoa de 24 de mayo de 1999

análisis jurisprudencial, pues requiere prueba minuciosa de todos los requisitos anteriormente mencionados, incluyendo la difícil relación de causalidad con el delito.

Volveríamos de nuevo a la cuestión de si considerar la ludopatía como un trastorno mental (y, en ese caso, aplicar la eximente del apartado 1 del art. 20 CP) o al contrario tratarla como una adicción (apartado 2 del mismo artículo). En la posterior asimilación de la ludopatía como una adicción se podría encasillar dentro de la eximente del art. 20.2 CP, en lo referente a intoxicación plena y también al síndrome de abstinencia, a pesar de que sus efectos no estén ligados al consumo de algún tipo de sustancia— Volvemos a reiterar que, independientemente de cómo se considere el juego patológico, lo importante no es determinar si se trata de una enfermedad o no, sino *“determinar la forma en que esa tendencia patológica a jugar se manifiesta en el caso concreto, las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio o volición del agente”*, según la ya citada STS de 10 de noviembre de 2011.

.A palabras de la STS de 4 de febrero de 2013, *“sólo en supuestos de excepcional gravedad puede llegar a plantearse la eventual apreciación de una eximente, completa o incompleta, cuando pericialmente se acredite fuera de toda duda una anulación absoluta o cuasi absoluta de la capacidad de raciocinio o voluntad del acusado. Pero solamente respecto de acciones temporalmente inmediatas al momento en que la oportunidad del juego se presenta y domina la voluntad del agente en torno al acto concreto de jugar, y no respecto de otros actos más lejanos, que requieren cuidadosa planificación”*. Es decir, se requiere en primer lugar la anulación absoluta de la voluntad del sujeto, y en segundo, que el acto delictivo sea inmediato a esa obcecación de la voluntad.

Si bien no hemos encontrado jurisprudencia del Alto Tribunal en la que se aplique la misma, contamos con la más o menos reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla–La Mancha de 3 de marzo de 2016. A pesar de que en la misma se discute sobre la procedencia o no de un despido, el fondo de la cuestión reside en que, los actos que el acusado realizó sí que eran merecedores de ese despido, pero el mismo no era imputable. Así, *“en el supuesto que nos ocupa no se cuestiona la gravedad de la conducta, sino la culpabilidad del agente, entendida en sentido técnico jurídico, y relativa por ello de manera más apropiada a su imputabilidad. Y en este sentido, tal como ya afirmamos en nuestra anterior sentencia de 4–4–13 (rec. 91/13 ), la culpabilidad, a efectos laborales, requiere de manera inexcusable primero, la existencia de una*

*integridad psicológica que permita al sujeto conocer el contenido ético y el alcance de sus actos y segundo, el mantenimiento de la capacidad volitiva, entendida como posibilidad real del sujeto de determinar sus acciones.*

*En el supuesto que ahora requiere de nuestra valoración, se nos informa de que el interesado se encuentra aquejado de una ludopatía o juego patológico grave persistente, que afecta gravemente a su voluntad, teniendo abolida de hecho, tal como se afirma expresamente en la sentencia de instancia, su capacidad volitiva.*

*[...] Así las cosas, coincidimos con el criterio de la instancia en que a la conducta imputada le faltaba el requisito de la culpabilidad, en el sentido adaptado que ya hemos explicado''. En efecto, se considera que el acusado tenía completamente abolida la capacidad volitiva, por lo que procede la aplicación de la eximente completa.*

A pesar de que el Tribunal Supremo no haya apreciado la eximente completa en supuestos de juego patológico, sí que algunas Audiencias Provinciales la han aplicado. La SAP de Navarra de 2 de junio de 2005 declara que *“el imputado, en la época de los hechos, presentaba una reacción depresiva prolongada, así como un trastorno de ludopatía intensa. Y en relación con tal padecimiento, el jurado, tras haber percibido de manera directa e inmediata en el acto del juicio las manifestaciones del acusado así como los informes médicos elaborados por el Psiquiatra Doctor Humberto y por los Médicos Forenses Doctores Raúl e Carlos José , llegó a la conclusión, en su veredicto, de que dicho padecimiento que presentaba el acusado determinaba una anulación de su voluntad, de tal modo que el mismo, no obstante comprender la ilicitud de los hechos que había cometido, carecía de voluntad que le permitiese actuar conforme a esa comprensión''*. Se cumple tanto el requisito de informe forense acreditativo del padecimiento, la grave anulación de la voluntad y además *“la conclusión de que el acusado, en la época de los hechos, tenía totalmente anulada su voluntad, especialmente como consecuencia de la ludopatía intensa que padecía''*. En la misma línea y anteriormente, la SAP de Cádiz de 17 de junio de 2003 reitera que *“es preciso hacer notar que el acusado efectivamente fue diagnosticado de un trastorno adictivo de "juego patológico" que deja abolidas sus facultades volitivas impidiendo el control de sus impulsos en relación con pequeños hurtos de dinero.”* Ambas encajan la ludopatía como trastorno mental con la aplicación de la eximente recogida en el art. 20.1 CP.

## V. CONCLUSIÓN

El problema que nos plantea el juego patológico no es la adicción en sí, sino los actos delictivos que pueden derivar de la misma y de su correspondiente síndrome de abstinencia, con las mismas características que si de una adicción química se tratase. Ha sido muy importante la evolución de la clasificación diagnóstica de la ludopatía hasta lograr que sea calificada como “adicción sin sustancia”, abriendo así la puerta a aquellas eximentes o atenuantes relativas a la adicción.

Cabe plantearse una posible reforma de los artículos referentes a la adicción de sustancias (arts. 21.1 y 20.2 CP) para eliminar la referencia a “las sustancias”, englobando así todo tipo de adicción e incluyendo a las comportamentales.

La imputabilidad del ludópata puede verse afectada con distinta intensidad, pero cualquier modificación de la responsabilidad a la que pueda haber lugar se va a basar siempre en el problema de afectación a la voluntad que esta enfermedad adictiva nos plantea: la afección a los frenos inhibitorios, de manera que el deseo de jugar es persistente y no puede controlarse ni resistirse. Bien considerando al juego patológico como trastorno mental o bien como adicción, lo importante es que de una manera u otra el jugador patológico no puede controlar sus impulsos y a pesar de conocer la ilegalidad de un acto es incapaz de resistirse a realizarlo. Los tribunales, a la hora de valorar su imputabilidad, cuentan con las siguientes posibilidades:

1. La no apreciación del trastorno.
2. La apreciación del trastorno, pero que este no tenga relación con el hecho objeto de juicio.
3. La aplicación de la atenuante analógica del artículo 21.7 CP, ya sea en relación con el 20.1 o 20.2, pues como hemos referido la calificación que se le dé a la ludopatía entre estas dos no es relevante. Esta opción se utilizará para los supuestos más leves de incidencia en la voluntad, y se aplicará la pena correspondiente al delito en su mitad inferior o, si se considera muy cualificada, inferior hasta en dos grados.
4. La aplicación del artículo 21.1 CP, ya sea en relación con el 20.1 o 20.2, por la misma razón que anteriormente. Se considera al acusado semiimputable, y para la determinación de la pena se atenderá al art. 68 del mismo Código.

5. La aplicación del artículo 20.1 o 2 CP, considerando al acusado inimputable y consiguientemente quedando exento de responsabilidad criminal, pero obligado a resarcir la posible responsabilidad civil.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO-FERNANDEZ, F. “Las nuevas adicciones”. Madrid, 2003.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.  
“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”. 2013.
- BACIGALUPO ZAPATER, E. “Principios de Derecho Penal. Parte General”. 5ª ed. Madrid, 1998.
- BECOÑA IGLESIAS, E., “Adicciones. Modelo transteórico de cambio”. Psicología clínica de la salud. Coord. M. A. Vallejo, M. I. Comeche Moreno. 2002
- BLASZCZYNSKI, A.; NOWER, L. “*A pathways model of problem and pathological gambling*”. *Addiction*, 97. 2002. pp. 487–499.
- CÍA, A. H., “Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM–5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes”. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 76 nº 13, 2013.
- CUSTER, R. L.; MILT, H., “*When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*”. *Facts on file publications*. 1985, Nueva York.
- CUSTER, RL. “*Profile of the pathological gambler*”. *The Journal of clinical psychiatry* 45, 1984.
- DE LA CUESTA ARZAMENDI, J. L., “Adicciones químicas y adicciones sin drogas. Su incidencia en la responsabilidad penal”. Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo. Dir. M. Bajo Fernández. Navarra, 2005.
- DEL TORO MARZAL, A. “La imputabilidad del ludópata”. Jornadas sobre psiquiatría forense, Ministerio de Justicia. 1990.

- DELGADO BUENO, S.; RODRÍGUEZ–MARTOS DAUER, A., “Los trastornos en el control de impulsos en psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico”. *Psiquiatría Legal y forense*, vol. 1. Dir. S. Delgado Bueno. Madrid, 1994.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; AMOR ANDRÉS, P.J.; YUSTE GARCÍA, J., “Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas”. *Revista Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 1 N° 0, 2000.
- ECHEBURÚA, E. “Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego psicológico”. *Psicothema*, 4. 1992.
- ECHEBURÚA, E., “¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet”. Bilbao, 2000.
- FERNANDEZ–MONTALVO, J.; BAEZ, C.; ECHEBURÚA, E. “Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo”. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 37. 1996.
- FERNÁNDEZ–MONTALVO, J.; LOPEZ–GOÑI, J.J., “Juego patológico y trastornos perturbadores del control de los impulsos y de la conducta”. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Dir. J. A. Cruzado Rodríguez. 2014.
- GONZÁLEZ TRIJUEQUE, D; GRAÑA GÓMEZ, J. L. “Informe pericial psicológico: valoración de la imputabilidad en un jugador patológico”. *Revista de psicopatología Clínica Legal y Forense*, vol. 8, 2008.
- GONZÁLEZ, A. “Juego patológico: una nueva adicción”. 1989, Madrid.
- LESIEUR, H. R. y CUSTER, R. L., “*Pathological gambling: Roots, phases, and treatment*”. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1984.
- LESIEUR, H. R., “*The chase: the compulsive gambler*”. Cambridge, MA.
- MORAGUES IBAÑEZ, M. “Aspectos penales del juego patológico”. *Revista Informació Psicològica*, n° 75, 2001.
- OCHOA, E.; LABRADOR, F. “El juego patológico”. Barcelona, 1994.
- ROBERT, C.; BOTELLA, C., “Trastornos de control de impulsos: el juego patológico”. *Manual de psicopatología*, vol. 1. Dir. A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. Madrid, 2008.
- VAILLANT, G.; CLARK, W.; CYRUS, C.; MILOFSKY, E.; KOPP, J.; WULSIN, V.; MOGIELNICKI, N. “Prospective study of alcoholism treatment: eight–year follow–up”. 1983.