

INFORME DE CONTRAPERITACIÓN PERICIAL

I. IDENTIFICACIÓN DEL PERITO

II. OBJETO Y FUNDAMENTO LEGAL DEL INFORME

III. CONTEXTO CLÍNICO Y SOCIAL DE LA TESTADORA

IV. CRÍTICA MÉDICO-TÉCNICA AL INFORME DEL DR. SERRA REXACH

V. VALORACIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA SEGÚN CRITERIOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES (MODELO GRISSO)

VI. INFLUENCIA INDEBIDA Y VULNERABILIDAD (MODELO DE BLUM)

VII. ENCUADRE LEGAL: DOLO TESTAMENTARIO EN EL DERECHO CIVIL ESPAÑOL

VIII. RELEVANCIA Y LIMITACIONES DEL JUICIO NOTARIAL

IX. CONCLUSIONES PERICIALES

X. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

SÍNTESIS EJECUTIVA DEL INFORME DE CONTRAPERITACIÓN

Informe pericial elaborado por: Dr. Miguel Gutiérrez Fraile
Especialista en Psiquiatría y Neurología

Fecha del dictamen: 16 de mayo de 2025

Objeto: Evaluación retrospectiva de la capacidad para testar de Dña. Concepción Ortiz Ruiz en junio de 2008 y análisis de posibles vicios de consentimiento (influencia indebida y dolo testamentario).

1. OBJETIVO DEL INFORME

El presente dictamen pericial tiene por objeto valorar, desde una perspectiva **neuropsiquiátrica y médico-legal**, la capacidad mental de Dña. Concepción Ortiz Ruiz para otorgar testamento el 6 de junio de 2008, y detectar si existen **elementos clínicos o contextuales compatibles con manipulación de la voluntad** (influencia indebida o dolo), tal como se plantea en la demanda presentada por su hijo Miguel Gallardo Ortiz.

2. CONCLUSIONES CLAVE

Capacidad Cognitiva para Testar

- En 2008, la Sra. Ortiz presentaba un **deterioro cognitivo leve multidominio** ya documentado (memoria, atención, lenguaje, gnosias y funciones ejecutivas), compatible con las primeras fases de una demencia tipo Alzheimer.
- Estas alteraciones afectaban **capacidades clave para testar**, como:
 - Comprensión del acto jurídico.
 - Evaluación razonada de consecuencias.
 - Identificación de herederos naturales.
 - Integración lógica y autónoma de decisiones.

Conclusión: No reunía las condiciones cognitivas necesarias para emitir un consentimiento libre, informado y voluntario.

Vulnerabilidad Psicosocial (Modelo de Blum)

- Dña. Concepción Ortiz Ruiz se encontraba en una situación de **alta vulnerabilidad**:
 - Dependencia funcional y emocional de su hija Astrid (beneficiaria

única).

- Aislamiento social y afectivo.
- Inestabilidad emocional y sugestibilidad.
- Gestión total del entorno económico y médico por parte de la hija.

Conclusión: Perfil altamente susceptible a la **influencia indebida**, conforme a criterios internacionales (Blum, Lidz).

Posible Dolo Testamentario

- Se observa una ruptura no explicada con el patrón previo de herencia (exclusión del hijo Miguel).
- Se constatan actuaciones posteriores gestionadas solo por la heredera (poderes, donaciones, decisiones patrimoniales sin conocimiento del resto de la familia).
- La hija acompañó a la madre en todas las gestiones notariales y médicas.

Conclusión: Existen **indicios consistentes de vicio del consentimiento**, por posible **dolo o dirección de la voluntad**, en beneficio patrimonial exclusivo de la cuidadora.

Crítica al informe pericial previo (Dr. Serra Rexach)

- Fundamenta su opinión en un test MMSE aislado (24/30), sin considerar otros factores clínicos ni funcionales.
- Omite análisis psicosocial, emocional y jurídico.
- No aplica modelos médico-legales estructurados (como Grisso o Blum).

Conclusión: El informe previo resulta metodológicamente incompleto y clínicamente insuficiente.

3. RECOMENDACIÓN TÉCNICA

Se propone:

- La **impugnación judicial del testamento otorgado el 6 de junio de 2008**, por:
 - Incapacidad cognitiva.
 - Vicio del consentimiento por influencia indebida o dolo.
- Incorporar documentación adicional (registros bancarios, notariales,

comunicaciones familiares) para **reforzar la prueba indiciaria**.

Miguel Gutiérrez Fraile, Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría y Neurología, (1974-78,) Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina del País Vasco, (2001-2018), exjefe de servicio del hospital Santiago de Vitoria-Gasteiz, (1983-1998) exjefe de Servicio del hospital de Cruces (Vizcaya), (1998-2007) exjefe de Servicio del hospital Universitario de Alava, (2007-2019) Director del Centro Médico Psicológico de Vitoria-Gasteiz. (1988-2025), Socio de Número de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, (2016-2025) expresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, (2012-2016) y expresidente de la Sociedad Española de Toxicomanías, (1988-1990). Académico de Número de la Real Academia de Medicina del País Vasco (2002) y colegiado en el Ilustre Colegio de Médicos de Alava con el número 01/720, (1973).

manifiesta lo siguiente:

La asistencia letrada de D. Miguel Gallardo Ortiz, nos ha solicitado la elaboración del presente Contra Dictamen Pericial acerca del documento CONFIDENCIAL-CONTRAPERITAJE *elaborado por el Dr. José Antonio SERRA REXACH, MEDICO-GERIATRA, fechado el 6 de septiembre de 2024, referido al estado mental de Dña DOÑA CONCEPCIÓN ORTIZ RUIZ en el momento de otorgar testamento el 6 de junio de 2008*, en el marco de una demanda por DOLO TESTAMENTARIO,

Este Dictamen pericial concierne a su área de conocimiento, y por tanto desde una perspectiva exclusivamente neuropsiquiátrica, relativo a los siguientes extremos, que se consignan textualmente

INFORME DE CONTRAPERITACIÓN

DOCUMENTO ESTUDIADO: Valoración psicogeriatrica sobre la capacidad

para testar de Dña. Concepción Ortiz Ruiz. Dr. José Antonio SERRA REXACH, MEDICO-GERIATRA, fechado el 6 de septiembre de 2024

I. IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

Nombre: Miguel Gutiérrez Fraile

Especialidad: Psiquiatría y Neurología

Colegiado nº: 01007. Ilustre Colegio de Médicos de Alava

Fecha: 16 de mayo de 2025

II. OBJETO DEL INFORME

Este informe tiene por objeto emitir una contraperitación respecto del documento pericial suscrito por el Dr. D. José Antonio Serra Rexach, de fecha 6 de septiembre de 2024, en relación con la presunta capacidad mental de Dña. Concepción Ortiz Ruiz para otorgar testamento el día 6 de junio de 2008. En particular, se cuestiona:

- La **idoneidad metodológica** del Mini-Mental State Examination (MMSE) como prueba única para excluir un diagnóstico de demencia.
- La **validez del juicio clínico emitido** sobre la capacidad testamentaria de la Sra. Ortiz en base a criterios médico-legales (Grisso) y de vulnerabilidad (Blum)
- **Encuadre legal del dictamen:**

Además de la valoración neuropsiquiátrica de la capacidad para testar, este informe se enmarca dentro de un contexto jurídico en el que se discute la posible existencia de un vicio del consentimiento, específicamente el dolo testamentario. Según el artículo 673 del Código Civil español, el testamento puede ser impugnado no solo por falta de capacidad, sino también por haberse otorgado bajo influencia indebida o dolo, conforme al artículo 1265 CC.

Por tanto, desde este momento, se abordará la evaluación clínica con el objetivo de identificar no solo indicadores de incompetencia mental, sino también elementos compatibles con una manipulación de la voluntad de la testadora.

III. CONTEXTO CLÍNICO

1. Diagnóstico médico (2007–2008)

Según el informe del **Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo del Ayuntamiento de Madrid**, Dña. Concepción Ortiz Ruiz presentaba desde al menos 2007 un diagnóstico de **deterioro cognitivo leve**, con afectación en varias funciones:

- **Memoria episódica y reciente:** dificultades para recordar hechos, nombres, teléfonos y citas.
- **Atención:** pérdidas de foco, facilidad para distraerse.
- **Lenguaje y discurso:** verborrea, repeticiones, imprecisiones léxicas.
- **Funciones ejecutivas:** indecisión, falta de planificación.
- **Gnosias:** alteraciones en el reconocimiento y uso de objetos.
- **Estado emocional:** síntomas de depresión, labilidad emocional y angustia.

2. Evolución posterior (2009)

En el seguimiento de 2009, se documenta un **empeoramiento objetivo**:

- Descenso en el test MMSE de 24 (2007) a 19 (2009).
- Pérdida de autonomía instrumental (cocinar, gestionar citas, medicación).

Diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, estadio leve (GDS 4). El Global Deterioration Scale (GDS) es una escala utilizada para describir la progresión de la enfermedad de Alzheimer. El estadio GDS 4 corresponde a una fase de demencia, clínicamente significativa. (Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). En esta etapa, **la capacidad para otorgar testamento se ve comprometida**. Existen déficits relevantes en memoria, juicio y autonomía que deben ser evaluados rigurosamente para determinar si la voluntad manifestada es válida.

3. Conclusión médica funcional. Aunque en 2008 no se diagnosticó aún demencia, ya existían signos claros de afectación significativa de memoria, lenguaje, juicio y orientación, junto con una carga afectiva depresiva que limitaba su capacidad para comprender y valorar decisiones patrimoniales complejas, como es el acto de testar. El no tener diagnóstico de demencia no equivale a tener plena capacidad para testar.

IV CONTEXTO SOCIAL Y FAMILIAR

1. Situación relacional

Dña. Concepción vivía sola desde hacía más de 10 años. Sin embargo, según los informes clínicos y los escritos judiciales, dependía **progresivamente de su hija, Astrid Gallardo Ortiz**, quien la acompañaba a consultas y gestionaba aspectos funcionales de su vida.

2. Relación con la cuidadora (hija)

Astrid no solo era la cuidadora principal sino también la **única heredera designada** en el testamento de 2008, y previamente había recibido **poderes notariales de administración de bienes**. Este rol de influencia coincide con el momento en que se acentuaban los déficits cognitivos de su madre, generando un **riesgo elevado de sugestión o suplantación volitiva**.

VALORACIÓN GENERAL

Dña. Concepción Ortiz Ruiz, en el momento de testar, se hallaba en una situación de **deterioro cognitivo incipiente pero funcionalmente importante, aislamiento afectivo, y dependencia creciente** de la única heredera beneficiada, su hija Astrid Gallardo Ortiz.

Esta configuración clínica y social es coherente con un **perfil de riesgo elevado de manipulación o influencia indebida**, según el modelo de vulnerabilidad de Blum, y refuerza la tesis de que **el testamento pudo estar viciado por una voluntad no libre, sino dirigida por su entorno inmediato**.

V. ANÁLISIS METODOLÓGICO: INADECUACIÓN DEL MMSE COMO ÚNICO CRITERIO DIAGNÓSTICO Y ERRORES DE JUICIO CLÍNICO EN EL INFORME DEL DR. SERRA REXACH

El informe del Dr. Serra Rexach fundamenta su conclusión sobre la capacidad para testar en la puntuación obtenida en el MMSE (24/30, en enero de 2008). Sin embargo, el MMSE es, en términos estrictos, un **instrumento de cribado**, no una herramienta diagnóstica de demencia ni de competencia testamentaria.

El **Mini Mental State Examination (MMSE)** o **Mini-Examen del Estado Mental**, desarrollado por Folstein et al. en 1975, y validado en España por Antonio Lobo (Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Díaz, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Pascual, L. F., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999)), es una prueba breve y ampliamente utilizada. Es una herramienta de **cribado**, no un

diagnóstico definitivo, y debe complementarse con evaluaciones clínicas más completas si se detecta algún déficit. No sustituye a pruebas neurocognitivas más específicas ni a la exploración clínica, para evaluar el estado cognitivo general. Se emplea principalmente en contextos clínicos para detectar **deterioro cognitivo**, monitorear su progresión y evaluar su gravedad. Se trata de una prueba sencilla que evalúa las siguientes

Diversas guías clínicas coinciden en esta limitación:

“Los instrumentos breves como el MMSE no deben utilizarse como única base para diagnosticar la demencia” (NICE Guideline NG97. Dementia: assessment, management and support. 2018).

Asimismo, Mitchell (2009), en su metaanálisis sobre la fiabilidad del MMSE, señala:

“El MMSE presenta sensibilidad limitada en casos de demencia leve y no discrimina adecuadamente el deterioro funcional cuando se usa de forma aislada”

(Mitchell, A.J., *J Psychiatr Res*, 2009;43(4):411–431).

La correcta evaluación de una posible demencia —y en consecuencia de la capacidad para testar— requiere una **valoración neuropsicológica estructurada**, que explore de forma integral la memoria, atención, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas, juicio, insight y conducta emocional. Algo que en este informe no consta en ninguno de sus apartados con los instrumentos psicométricos adecuados.

Un médico psiquiatra o un neurólogo habituado a evaluar trastornos cognitivos, conoce perfectamente las limitaciones del MMSE en el ámbito del diagnóstico de la demencia y de la competencia testamentaria.

ERRORES DE JUICIO CLÍNICO

El **Deterioro Cognitivo Leve multidominio**, como el que se describe en el informe del **Dr. Serra Rexach**, (afectación de memoria, atención, lenguaje, gnosias y funciones ejecutivas), afecta **la capacidad volitiva y de juicio** en actos jurídicos complejos como un testamento.

El Informe del Dr. Serra Rexach presenta una ausencia de evaluación retrospectiva de competencia funcional. El informe omite el uso de un modelo médico-legal (como el de Grisso) para evaluar si en junio de 2008 la testadora comprendía el acto de testar, a quién beneficiaba, y por qué. Además no analiza funciones superiores clave: insight, juicio moral, razonamiento abstracto, ni indaga sobre la lógica interna del testamento (por qué excluye a un hijo, si es coherente con su historia de vida, etc.). Una pericia moderna requiere reconstrucción clínica y contextual de la competencia, no solo aplicar tests

generales.

El citado informe utiliza la valoración de autonomía instrumental como sustituto de capacidad jurídica. El informe usa la escala de Lawton (8/8) como indicador de competencia testamentaria. Sin embargo, sabemos que ser funcionalmente autónomo (cocinar, usar el teléfono, hacer compras) no garantiza competencia jurídica. Es solo un indicador indirecto, no específico para capacidad volitiva o comprensión jurídica. La competencia legal requiere juicio específico, no solo autonomía en la vida cotidiana.

En el caso que nos ocupa, el deterioro era progresivo y multifuncional, y ya en 2008 afectaba funciones claves para la toma de decisiones legales. La literatura médica reconoce que los síntomas clínicos de una demencia pueden preceder el diagnóstico formal por meses o años. Excluir una posible incapacidad solo porque el diagnóstico llegó 17 meses después es clínicamente simplista.

El **informe del Dr. Serra Rexach** no analiza el aislamiento, la relación dependiente con la hija, ni la estructura afectiva y motivacional de la testadora, cuando el contexto psicosocial es clave en la evaluación del consentimiento libre y la influencia indebida. Omite totalmente elementos como aquiescencia, sugestibilidad, manipulación emocional o motivación real del acto de testar. El informe no explora dinámicas de influencia ni contexto relacional, lo cual es esencial para una evaluación completa en casos de posibles vicios del consentimiento.

En suma, El informe del **Dr. Serra Rexach** pone de manifiesto d:

- **Reduccionismo clínico** (asocia capacidad a ausencia de diagnóstico).
- **Omisión de marcos médico-legales estructurados** (como Grisso o Blum).
- **Uso inadecuado de instrumentos generales como el MMSE o Lawton** para inferencias jurídicas.
- **Desconexión del contexto biopsicosocial y relacional**, crucial en casos de posible dolo o influencia indebida.

VI. EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA CONDUCTUAL Y COGNITIVA

El modelo de competencias de Grisso supone un constructo complejo multidimensional altamente cognitivo, que implica sobre todo a las funciones cognitivas superiores. La regla entonces pasa por la inducción reconstructiva del cuadro clínico y de la correspondiente repercusión sobre la habilidad de testar. De ahí que es asumido como **modelo médico-legal**.

Del contenido del propio informe pericial del Dr. Serra Rexach, se recogen los

siguientes datos clínicos que constaban ya en enero de 2008:

- Quejas de memoria de 5-6 años de evolución.
- Olvido de hechos recientes, citas y tareas.
- Labilidad emocional, discurso verborreico, desinhibición.
- Alteraciones en memoria, atención, lenguaje, gnosis y funciones ejecutivas.
- Necesidad de apoyo y supervisión progresiva.

Estos elementos, cuando concurren de forma simultánea, **comprometen directamente la competencia testamentaria**, tal como establece la literatura médico-legal.

Según Grisso:

“La competencia testamentaria requiere que el sujeto pueda integrar cognitivamente información sobre sí mismo, sus bienes y sus relaciones familiares, dentro de un proceso lógico y voluntario de decisión”
(Grisso, T., *Evaluating Competencies*, 2003, p. 86).

Del mismo modo, Marson et al. (2001) concluyen:

“El deterioro simultáneo en memoria episódica, funciones ejecutivas y razonamiento lógico predice una probabilidad elevada de incapacidad testamentaria”
(*The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1211–1215).

VII. CRITERIOS DE GRISSE Y SU APLICACIÓN AL CASO

Los **criterios de Grisse**, ampliamente aceptados en la evaluación pericial de capacidad, exigen que la persona evaluada:

- Comprenda la naturaleza del acto de testar.
- Sea capaz de reconocer a sus herederos naturales.
- Evalúe razonadamente las consecuencias de sus decisiones.
- Exprese su voluntad con claridad y sin contradicción.

En línea con lo anterior y a mayor abundamiento, tomado como referencia el modelo de competencias de Grisse, anteriormente mencionado, debemos analizar en este caso:

La sintomatología presentada por la **Sra. Concepción Ortiz Ruiz** y reflejada en el informe pericial del Dr. Serra Rexach, en especial la afectación de la memoria, (quejas de memoria de 5-6 años de evolución. Olvido de hechos recientes, citas y tareas). Labilidad emocional, discurso verborreico, desinhibición. Alteraciones en memoria, atención, lenguaje, gnosias y funciones ejecutivas. Necesidad de apoyo y supervisión progresiva, evidencia **una capacidad mermada para cumplir con tales requisitos**, aunque pudiera mantener una funcionalidad básica residual.

Deficiencias, por tanto, en **memoria operativa o memoria de trabajo** que limitan su capacidad para retener y manejar información relevante durante procesos complejos, como es una disposición testamentaria. La **memoria de trabajo** desempeña un papel crucial en la **otorgación de testamentos**, ya que afecta directamente la capacidad de una persona para tomar decisiones informadas, razonadas y consistentes. La memoria de trabajo es el sistema cognitivo que permite mantener y manipular información temporalmente mientras se realizan tareas complejas, como planificar, razonar o tomar decisiones legales importantes.

Esto implica que la Sr^a Ortiz tendría **dificultades para mantener activamente en mente** varias piezas de información al mismo tiempo (por ejemplo: nombres de herederos, bienes, proporciones de herencia, etc.), mientras realiza juicios o toma decisiones sobre ellas. Eso es exactamente lo que la **memoria de trabajo** permite hacer y una alteración de estas características **compromete la capacidad para realizar actos jurídicos complejos**, como otorgar testamento, porque afecta el juicio, la coherencia interna del pensamiento, y la posibilidad de evaluar consecuencias.

“Las deficiencias observadas en memoria de trabajo comprometen la capacidad de la paciente para mantener y manipular información necesaria para una toma de decisiones testamentarias informada, razonada y coherente. Funciones cognitivas específicas, como la memoria verbal, la función ejecutiva y el conocimiento semántico, están asociadas con la capacidad testamentaria en personas con enfermedad de Alzheimer.” Gerstenecker, A., Hebert, K., Martin, R., Triebel, K., & Marson, D. (2022).

El componente funcional: entendemos que **Dñ^a Concepción Ortiz Ruíz, de acuerdo a lo anterior**, presentaba el día que presumiblemente otorgó testamento, (6 de junio de 2008,) unas alteraciones suficientes desde el punto de vista cognitivo (*importantes alteraciones de memoria a corto plazo, dificultades importantes de atención y concentración, dificultades denominar objetos, situaciones y personas*) que impedían que tuviera conocimiento, reflexión y capacidad de puesta en práctica, necesarios para otorgar testamento. En la medida que no consideramos posible tuviera niveles de información, enjuiciamiento y procedimiento relativos suficientes para el acto de testar y que,

a continuación, argumentamos.

No poseía el nivel de información, entendido como el conjunto de conocimientos conceptuales y factuales que la persona maneja en orden al acto de testar.

Ni Conceptuales sobre lo que significa testamento, legítima, revocabilidad, etc.

Ni Factuales en relación a cuestiones de hecho tales como *bienes propios* en concreto, (recordemos que no tenía capacidad para manejar su dinero, etc), *herencias vividas*, *testamentos previos*, (contrastan con el actual, en el que omite sin motivo aparente alguno, eventuales herederos, precisamente familiares física y afectivamente más cercanos, como su hijo Miguel), etc. Señalar como importante, que es función relevante en este nivel la memoria en su faceta semántica. (Que es precisamente la que más fallaba en **Dña Concepción Ortiz Ruíz**. desde varios años antes).

Tampoco poseía suficiente nivel de enjuiciamiento, que es el que enfatiza los procesos de deliberación y elección a efectos del acto de testar. Este, descansa sobre el nivel de información e imbrica estimaciones y anticipaciones. Estimaciones en relación a quienes y en qué grado considera a cada uno objeto de su generosidad. Anticipaciones incorporando cláusulas con objetivos psicológicos más profundos (controles, vindicaciones, etc.). Son funciones psicológicas relevantes en este nivel la memoria en su variante episódica-biográfica, (algo en lo que **Dña Concepción Ortiz Ruíz** presentaba importantes dificultades) y, entre las funciones cognitivas superiores, la solución de problemas, (necesitaba ayuda para la mayoría de las actividades de la vida cotidiana y su incapacidad para tomar decisiones era notoria).

Ni adecuado nivel de procedimiento, que supone la puesta en práctica de la decisión tomada por la persona. Comporta una serie de acciones al respecto: selección de tipo de testamento, selección de notaría para presentar el testamento, petición de cita, elaboración de minuta, etc., (de todo este tipo de gestiones se encargaba su hija Astrid . De hecho, fue la principal heredera la que eligió notario e hizo las gestiones necesarias para el otorgamiento testamentario).

En suma, orientación, destrezas psicomotoras y comunicativas orientadas a la realización del acto de testar que de ninguna manera pudo llevar a cabo **Dña Concepción Ortiz Ruíz** en el marco del Trastorno Cognitivo Severo, la inestabilidad emocional con desinhibición, verborrea, etc (Cobo Medina, C. (2010); Esbec Rodríguez, E., & Echeburúa, E. (2010).

VIII. CRITERIOS DE BLUM SOBRE VULNERABILIDAD A LA INFLUENCIA

INDEBIDA

La vulnerabilidad a la influencia indebida, es una condición mental caracterizada por el incremento de la posibilidad de que una persona sea manipulada por otra. Combina conocimientos de psiquiatría, psicología y sociología respecto de los mecanismos de la manipulación humana con acomodo en la doctrina jurídica, códigos y jurisprudencia. Y se manifiesta por serias dificultades de la persona en su relación con el medio en que se desenvuelve por enfermedad, discapacidad y/o circunstancias. (Lidz, C. W., Appelbaum, P. S., & Roth, L. H. (1988).

En el caso de la acción de testar, la vulnerabilidad a la influencia indebida es cuestión importante por cuanto puede derivar en la sustitución de la voluntad del testador por la de otra persona. Su evaluación sistemática utiliza modelos que dan cuenta de las dimensiones psicosociales más significativas al respecto. **El modelo de Blum**, uno de los más acreditados, las distribuye en dependencia, aislamiento, manipulación emocional, aquiescencia y pérdidas financieras. Las describimos a continuación:

El modelo de Blum (Blum, B.: 2008).

La **dependencia** es un estado permanente de la persona por razones de enfermedad, ligada a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o sensorial. Se caracteriza por la necesidad de atención o ayudas importantes de otra/s personas/s para realizar actividades básicas de la vida diaria.

El aislamiento comporta la privación o reducción de información pertinente, visitas de parientes, amigos y de otros medios de comunicación (móvil, etc.) motivada por enfermedades, historia de pobres relaciones sociales, cambios geográficos, etc. Puede ser percibida como amenazadora o impuesta por otros.

La manipulación emocional comporta la generación de sentimientos de miedo, culpa, falsa tranquilidad, confianza, etc. en la persona, escondiendo los verdaderos fines que persigue el manipulador. Supone un continuo que oscila desde las promesas de compañía y seguridad hasta las amenazas (rechazos, intimidaciones), o la combinación de ambas (chantaje emocional). Propio de la manipulación, cualesquiera sean sus tácticas, es el muy importante papel de la sutileza para el éxito manipulativo ("silencios hábiles"). La facilitan las demencias y el retraso mental a cuenta de la debilidad de juicio y de sentido crítico, los trastornos afectivos graves en consonancia con la polarización de su estado mental y las personalidades insuficientes (inseguras, dependientes, etc.).

La aquiescencia supone el consentimiento o aceptación de una decisión

tomada por otra persona. Se manifiesta en formas de credulidad, aprobatividad y sugestibilidad entendidas respectivamente como facilidad para creer o confiar, asentir y ser receptivo a la influencia de otros. La facilitan los trastornos ya señalados respecto de la manipulación emocional, (las demencias y el retraso mental).

Las **pérdidas financieras**, finalmente, se reflejan en activos financieros y otros bienes que redundan en beneficio del abusador o intermediarios.

Finalmente, importa subrayar que una mayor vulnerabilidad a la influencia indebida resulta de la simultaneidad, interacción y persistencia de las dimensiones psicosociales en acción. Y su mayor riesgo cuando convergen en el cuidador principal. (Fernández, A. P. (2019).

Todos estos factores estaban presentes en la **Sra. Concepción Ortiz Ruiz**, tal como reconoce el propio informe del Dr. Serra Rexach. Se trataba de una persona que **vivía sola, manifestaba inestabilidad emocional, mostraba afectación neurocognitiva y tenía una relación dependiente con su hija**, quien además la acompañaba a las evaluaciones y resultó la más beneficiada, única heredera universal, en el testamento que se impugna.

La disposición testamentaria de **Dña. Concepción Ortiz Ruiz** no remite a valores y preferencias del testador acordes con la realidad que había vivido. Por supuesto que la mentalidad y los valores de las personas están sujetos a cambios en los más diversos aspectos de la vida. Pero en este caso no vemos motivo que opere a título de justificación personal y no resulta fácilmente comprensible si **Dña. Concepción Ortiz Ruiz** no recibió una nueva e importante información que cuestionara los valores previos. En este caso, cabría aducir que esta información no pudo ser seguida de reflexión que previniera contra la inculcación externa impuesta y, finalmente, vinculación de la reflexión a la acción promoviendo comportamientos coherentes con los cambios habidos. Dicho en concreto, creemos, en este caso, que la condición de enfermedad y vulnerabilidad del testador no permitía la elaboración de nuevos valores y preferencias, o bien no se daban las condiciones al respecto y solo pudieron haber sido impuestos.

Es por ello que, a la vista de lo anterior, decidimos utilizar el **modelo de Blum** (Blum, B., 2008), para la evaluación de este caso. Y de acuerdo al mismo podemos establecer una serie de consideraciones:

Dña. Concepción Ortiz Ruiz, era el 6 de junio de 2008 una persona dependiente por razones de enfermedad, ligada a la pérdida de autonomía física y psíquica, necesitando de otras personas atención y ayuda importante para realizar actividades básicas de la vida. Esta función de ayuda y atención la fue asumiendo espontáneamente su hija Astrid, que desde una situación de

interrupción provocada de relaciones con el resto de familiares, pasó a hacerse con el control de las decisiones de su madre, realizando todas las gestiones administrativo-económicas que **Dña. Concepción Ortiz Ruiz** no estaba en condiciones de llevar a cabo.

Dña. Concepción Ortiz Ruiz en esa época, vivía en una situación que se puede inequívocamente describir como de aislamiento en el sentido de privación o reducción de información pertinente, reducción de visitas de sus otros parientes o amigos, siendo incapaz de manejar otros medios de comunicación (móvil, etc.) y ello, no solo motivada por enfermedades, sino presumiblemente también impuesta por otros. Su hijo Miguel responsabiliza de ello a Astrid, hija y hermana de este y cuidadora principal en esa época y máxima beneficiaria, heredera universal, del testamento de **Dña. Concepción Ortiz Ruiz**

Dña. Concepción Ortiz Ruiz presentaba una situación propicia para ser objeto de manipulación emocional, facilitada por sus **déficits cognitivos estructurado y su inestabilidad emocional**, además de los físicos, a causa de su progresiva debilidad de juicio y de sentido crítico, además de un proceso emocional que le afectaba en aquella época. (Ver Informe de Dr. Serra Rexach)

Dña. Concepción Ortiz Ruiz, en las circunstancias descritas anteriormente, presentaba una situación de facilidad para creer o confiar, asentir o ser receptiva a la influencia de otros, concretamente de su hija Astrid, cumpliendo los criterios de aquiescencia definidos por Blum y que vienen facilitados por aquellos trastornos ya señalados respecto de la manipulación emocional, con especial referencia a los trastornos cognitivos y a todas aquellas circunstancias que pudieran aumentar este déficit cognitivo, que se dan con nitidez en este caso..

En lo que respecta a pérdidas financieras, señalar que toda la disposición testamentaria de **Dña. Concepción Ortiz Ruiz** redundaba en beneficio de una persona concreta, en el momento de otorgar testamento, su cuidadora principal, su hija Astrid, rompiendo una línea ideológica de sentido común que dificultaba entender que excluyera del mismo a su hijo Miguel.

Finalmente, importa subrayar que una mayor vulnerabilidad a la influencia indebida resulta de la simultaneidad, interacción y persistencia de las dimensiones psicosociales en acción. **Y su mayor riesgo cuando convergen en el cuidador principal, su hija Astrid, como es el caso que nos ocupa.**

Entendemos, en consecuencia, que **Dña. Concepción Ortiz Ruiz** el 6 de junio de 2008, proyectaba un **perfil altamente susceptible a la manipulación**, en los términos descritos por Blum (*Undue Influence*, 1997) y cumplía criterios de haber sido objeto de manipulación emocional de acuerdo al **modelo de Blum** (Blum, B., 2008)

Y en estas circunstancias, es necesario recordar la figura legal del **Dolo Testamentario**, al haber podido existir un **engaño intencional**, una maniobra fraudulenta **para inducir a la testadora a error** y ello **con conocimiento de su deterioro**, orientando su voluntad en su beneficio exclusivo.

IX. DOLO TESTAMENTARIO" en el Derecho Civil español:

“Desde el punto de vista legal, el artículo 673 del Código Civil permite impugnar un testamento por falta de capacidad, pero también por vicios de la voluntad, como el dolo, el fraude o la violencia, conforme al artículo 1265 CC.

En el caso que nos ocupa, debemos señalar que el informe del Dr. Serra Rexach recoge que “la hija acompañaba a la madre a evaluaciones clínicas”. Dada su posición como cuidadora principal y beneficiaria única del testamento, estos datos son consistentes con una relación de poder y dependencia. En ausencia de otros familiares cercanos en el entorno cotidiano, la intervención de la hija puede haber interferido decisivamente en el proceso volitivo de la causante. Y ello se explica mejor a través de los siguientes elementos factuales del contexto patrimonial:

“En 2009 y 2010 se formalizaron donaciones, operaciones bancarias y poderes notariales bajo el control exclusivo de la heredera. Estos actos, que no fueron conocidos por el hijo ahora demandante, deben interpretarse como manifestaciones del proceso continuado de manipulación hereditaria en perjuicio de su legítima.”

En el año 2008, cuando Dña. Concepción Ortiz Ruiz otorgó el testamento cuya validez se impugna, ya presentaba síntomas de deterioro cognitivo progresivo: fallos de memoria episódica, desorientación, labilidad emocional y pérdida de juicio crítico. Estos síntomas eran clínicamente detectables y constaban en su historial médico desde años antes, con quejas de olvidos, necesidad de supervisión y alteraciones conductuales compatibles con un proceso demencial incipiente.

En ese contexto de **declive neurocognitivo**, su hija, Astrid Gallardo Ortiz, fue asumiendo paulatinamente un papel dominante en su vida diaria. Desde el acompañamiento a citas médicas hasta la gestión de asuntos económicos y notariales, se configuró una **relación de dependencia práctica y emocional**, reforzada por el aislamiento social progresivo de la testadora. Otros familiares, como su hijo ahora demandante, fueron apartados de su entorno habitual bajo diferentes pretextos, reduciendo su capacidad de contraste, orientación y apoyo afectivo.

Astrid Gallardo Ortiz no solo era la principal figura de influencia y control, sino también la **única beneficiaria del testamento otorgado**, lo que evidencia una **confluencia directa entre dependencia psicológica y beneficio patrimonial exclusivo**. Esta circunstancia se agrava al constatarse que ella misma

acompañó a su madre a las evaluaciones médicas previas al testamento, y que **el mismo fue redactado y formalizado sin participación de otros familiares ni supervisión objetiva externa**, lo que incrementa la sospecha de una voluntad dirigida.

El patrón observado, deterioro cognitivo documentado, aislamiento afectivo, presión emocional constante y obtención de un beneficio económico absoluto, **encaja plenamente en el modelo de influencia indebida de Blum**, y excede cualquier cambio de voluntad legítima. Lejos de ser una elección libre y madura, el testamento de **Dña. Concepción Ortiz Ruiz** responde más bien a un entorno de vulnerabilidad inducida y manipulación sostenida, donde su voluntad fue gradualmente sustituida por la de su hija, principal interesada en la adjudicación patrimonial.

Así, **la suma de síntomas neuropsiquiátricos, las dinámicas relacionales dependientes y la ruptura patrimonial sin causa justificada** configuran un supuesto clásico de **voluntad viciada por dolo testamentario**, conforme a lo previsto en los artículos 673 y 1265 del Código Civil, y según reiterada doctrina jurisprudencial.

X. Sobre el Notario

El notario, fedatario público, da fe de la persona que comparece ante él para expresar su última voluntad y da fe también de lo que dice, **pero no puede dar fe de la veracidad de lo que dice el testador.**

La aseveración del notario no es un juicio propiamente técnico, sino intuitivo y de sentido común y, por tanto, **impugnable y revisable en sede judicial.** En este orden de cosas, la Dirección General de Registros y Notariado, en sintonía con la jurisprudencia, ha establecido doctrina sobre la relevancia y límites de juicio de capacidad que emiten los notarios. Ha sido sintetizada mediante resoluciones al respecto en los siguientes términos:

1.- **El juicio notarial de capacidad no constituye un dictamen pericial ni técnico, de modo que la observancia de la normativa notarial no asegura que el otorgante, realmente, tuviera capacidad para otorgar la escritura.**

2.- No obstante, **constituye una fuerte presunción “iuris tantum” de aptitud** (prueba en contrario) que vincula a todos y obliga a pasar por ella, salvo que sea revisada judicialmente por medio de prueba que no deje “margen racional de duda”, sobre la falta de capacidad del otorgante.

3.- En consecuencia, en el juicio de capacidad, **el Notario se limita a emitir un juicio, no una declaración de verdad.**

IX. CONCLUSIONES

1. Sobre la Capacidad Cognitiva para Testar

De acuerdo con los criterios clínicos, neuropsicológicos y médico-legales, **Dña. Concepción Ortiz Ruiz no reunía las condiciones cognitivas mínimas necesarias para otorgar testamento válido** en la fecha de 6 de junio de 2008.

Presentaba alteraciones significativas y documentadas en:

- Memoria episódica y semántica.
- Atención y concentración.
- Lenguaje y razonamiento lógico.
- Juicio, insight y funciones ejecutivas.

Estas alteraciones afectaban directamente su capacidad para comprender el acto de testar, identificar herederos, valorar consecuencias jurídicas y expresar su voluntad de forma autónoma.

Conforme al modelo de Grisso, **su competencia funcional para testar estaba comprometida de forma severa**, impidiendo que el acto jurídico fuera libre, informado y voluntario.

El uso exclusivo del MMSE como prueba diagnóstica de capacidad testamentaria es metodológicamente inadecuado y científicamente inválido

2. Sobre la Vulnerabilidad a la Influencia Indebida

Dña. Concepción Ortiz Ruiz se encontraba en una situación de **vulnerabilidad psicosocial severa**, conforme al modelo de Blum, caracterizada por:

- Dependencia funcional de su hija (cuidadora principal).
- Aislamiento social respecto de otros familiares (incluido su hijo).
- Labilidad emocional y deterioro cognitivo progresivo.
- Relación ambivalente y de poder con la beneficiaria exclusiva del testamento.

- Esta situación favorecía la **sustitución de su voluntad por la de su hija Astrid**, quien ejercía un control efectivo sobre su entorno, decisiones y relaciones. La configuración de estos factores **eleva el riesgo de manipulación emocional y aquiescencia**, anulando la libertad volitiva de la causante. **Es manifiesta la relación entre el deterioro cognitivo y la vulnerabilidad a la influencia indebida**, (Marson et al. (2001); Heir, S. K., & Bush, F. N. (2012); Shapiro, D. (2016).

3. Sobre la Posible Existencia de Dolo Testamentario

La disposición testamentaria de 2008 otorgó el **100% del patrimonio a la hija cuidadora**, excluyendo de forma radical e injustificada a su hijo.

Este beneficio patrimonial exclusivo, unido al contexto de deterioro mental y aislamiento, pudiera sugerir la **existencia de un engaño intencionado o interferencia en la voluntad**, en los términos del **artículo 1265 del Código Civil** sobre vicios del consentimiento, y con base en el artículo **673 CC** sobre nulidad de testamento por dolo o falta de capacidad.

Además, existen **indicios periféricos de instrumentalización**, como:

- Donaciones y poderes gestionados por la heredera sin conocimiento del resto de la familia.
- Participación directa de la hija en la gestión del acto notarial, sin control externo independiente.

4. Sobre el Juicio Notarial de Capacidad

El juicio emitido por el notario sobre la capacidad del testador **no constituye prueba técnica ni diagnóstica**, siendo una apreciación intuitiva y presuntiva.

Tal presunción es **iuris tantum**, y puede ser desvirtuada por prueba pericial médica que muestre la existencia de deterioro mental suficiente para invalidar la voluntad manifestada.

5. Conclusión Final

En virtud de todo lo expuesto:

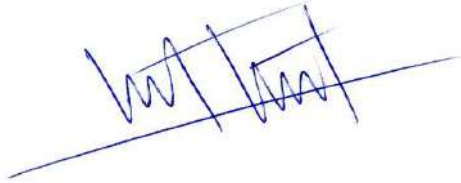
- Se descarta que Dña. Concepción Ortiz Ruiz pudiera testar válidamente el 6 de junio de 2008.
- Se confirma que pudiera existir una situación de influencia indebida y manipulación emocional.

- Se aprecia la posible concurrencia de un vicio del consentimiento que permite calificar el testamento como **producto de dolo testamentario**.

Petición Técnica Recomendada

Se propone la **impugnación judicial del testamento** de fecha 6 de junio de 2008 por **incapacidad mental y vicio de voluntad por dolo**, y se solicita la incorporación de documentación complementaria (bancaria, notarial, médica) para completar la prueba indiciaria.

Fdo. Miguel Gutiérrez Fraile



Vitoria a 19 e Mayo de 2025

VIII. BIBLIOGRAFÍA comentada

- Blum, M. (1997). *Undue Influence: Strategies to Prevent and Challenge Inheritance Disputes*. Una obra fundamental sobre la influencia indebida, que detalla los perfiles de vulnerabilidad y las tácticas de manipulación utilizadas en disputas de herencias. El modelo de Blum es esencial para analizar el caso de Doña Concepción Ortiz.
- Cobo Medina, C. (2010). *Incapacidad y testamentifacción: Aspectos médico-legales*. Este trabajo aborda la relación entre la incapacidad y la capacidad para testar, analizando cómo las diferentes patologías mentales pueden afectar la validez del testamento. Proporciona un marco legal y médico-legal útil para evaluar la capacidad de Doña Concepción Ortiz en el momento de otorgar testamento.
- Esbec Rodríguez, E., & Echeburúa, E. (2010). *Psiquiatría Forense Clínica*

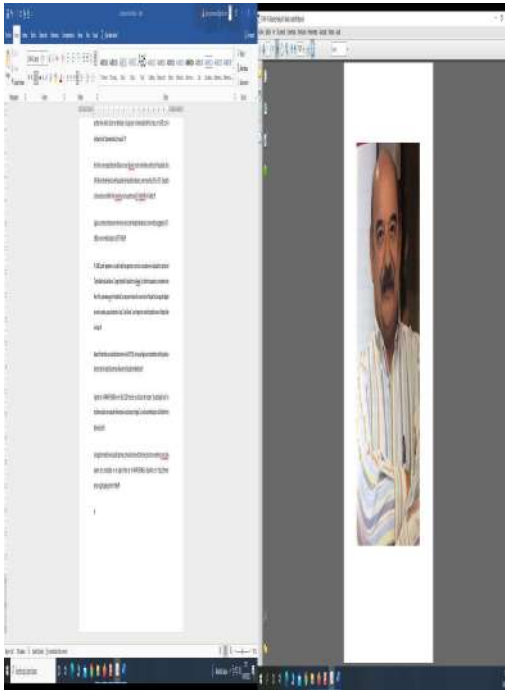
y *Práctica*. Un manual de referencia en psiquiatría forense que detalla los criterios para evaluar la capacidad jurídica, incluyendo la testamentaria. Ofrece herramientas para analizar la influencia indebida y el dolo testamentario desde una perspectiva psiquiátrica.

- Fernández, A. P. (2019). *El consentimiento informado del paciente anciano: Aspectos ético-legales y psiquiátricos*. Aunque centrado en el consentimiento informado, este artículo analiza la vulnerabilidad del paciente anciano y los factores que pueden comprometer su autonomía, como el deterioro cognitivo y la dependencia emocional, elementos clave para entender el contexto del dolo testamentario.
- Gerstenecker, A., Hebert, K., Martin, R., Triebel, K., & Marson, D. (2022). Cognitive Correlates of Impaired Testamentary Capacity in Alzheimer's Disease. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(10), 1883–1891.
- Grisso, T. (2003). *Evaluating Competencies: Forensic Assessments and Instruments*. Kluwer Academic. Un texto de referencia en la evaluación de competencias, que incluye la capacidad testamentaria. Los criterios de Grisso son ampliamente aceptados en la práctica forense y proporcionan un marco estructurado para evaluar la capacidad de Doña Concepción Ortiz para comprender el acto de testar y sus consecuencias.
- Heir, S. K., & Bush, F. N. (2012). Undue influence and testamentary capacity. Este artículo revisa la intersección entre la influencia indebida y la capacidad testamentaria, destacando la importancia de evaluar tanto los factores psicológicos del testador como las dinámicas relacionales. Proporciona una visión integral del dolo testamentario.
- Lidz, C. W., Appelbaum, P. S., & Roth, L. H. (1988). The Myth of Inform Consent. Aunque clásico, este libro es fundamental para comprender las complejidades de la autonomía y la toma de decisiones en personas vulnerables. Sus conceptos son aplicables para analizar cómo la influencia indebida puede socavar la voluntad real del testador.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Díaz, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Pascual, L. F., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999). *Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica*. *Medicina Clínica*, 112(20), 767–774.
- Marson, D. et al. (2001). *Assessing Testamentary Capacity in Older Adults*. *Am J Psychiatry*, 158(7), 1211–1215. Este estudio empírico examina los factores psiquiátricos que influyen en la capacidad testamentaria en adultos mayores, como el deterioro de la memoria y las funciones ejecutivas. Proporciona evidencia científica sobre la relación entre el deterioro cognitivo y la susceptibilidad a la influencia indebida.

- Mitchell, A.J. (2009). *A meta-analysis of the accuracy of the MMSE in the detection of dementia*. *J Psychiatr Res*, 43(4), 411–431.
- Moye, J. (2007). *Capacity Assessment and Guardianship*. Esta obra ofrece una guía práctica para la evaluación de la capacidad en adultos mayores, incluyendo la capacidad para tomar decisiones financieras y legales. Proporciona herramientas para diferenciar entre el deterioro cognitivo y la influencia indebida.
- NICE Guideline NG97. *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. National Institute for Health and Care Excellence, 2018
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>. Es una escala utilizada para describir la progresión de la enfermedad de Alzheimer. El estadio GDS 4 corresponde a una fase de demencia, clínicamente significativa.
- Shapiro, D. (2016). *Elder law answer book*. Si bien se centra en el derecho de los ancianos, aborda en profundidad la influencia indebida en el contexto de la planificación patrimonial.

Miguel Gutiérrez Fraile

Vitoria, 2 de mayo de 1948. Miembro de una familia en la que se encadenan cinco generaciones de médicos, la más antigua de Alava, incluyendo a sus hijos Ignacio y Marta.



Realizó

Dr. Miguel Gutiérrez Fraile (fotografía de la RAMPV/EHMEA)

Cursó los estudios de bachiller en el Instituto Ramiro de Maeztu de Vitoria. Los de licenciatura en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, en la que obtuvo la calificación de sobresaliente en el examen de Licenciatura, en el año 1973. Durante sus estudios fue alumno interno honorario en la cátedra de Psiquiatría del profesor Rey Ardid, estando integrado en el equipo del Dr. Antonio Seva Díez, entonces Profesor Adjunto de Psicología Médica y Psiquiatría y

luego Catedrático de Psiquiatría de la misma universidad..

Se formó como especialista en Bilbao con el Profesor José Guimón Ugartechea, recién nombrado profesor de Psiquiatría de la UPV/EHU y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, entre los años 1973 y 1977. Realizó un curso de introducción a la neurología en el hospital de la Santa Creu y Sant Pau bajo la dirección del profesor D, Luis Barraquer Bordás. El 1 de octubre de 1973 ingresó como profesor de clases prácticas en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la entonces Universidad de Bilbao, donde en diferentes desempeños docentes culminó su carrera universitaria en el año 2018, con la fortuna y el orgullo de haber impartido docencia a las primeras 45 promociones de licenciados o graduados en Medicina de la Universidad Vasca. 45 años ininterrumpidos como docente que tuvieron como recompensa ser nombrado padrino de la 45º promoción de médicos de nuestra Facultad de Medicina.

Completó su formación en la New York University con los profesores A.J. Friedhof y M. Alpert, de los Milhauser Laboratories de la NYU. Realizó diversas estancias formativas en el South Beach Psychiatric Hospital bajo la tutela del Profesor Manuel Trujillo y en el Gouverneur General Hospital con el profesor Luis Rojas Marcos. Siguió su carrera profesional en el mismo servicio del Hospital de Basurto como médico adjunto (1977-1980), plaza ganada em concurso público. En este periodo, participó con papel destacado en la creación y puesta en marcha del citado servicio de psiquiatría del hospital de Basurto con especial referencia a la unidad de psiquiatría infantil de la que se hizo cargo desde su creación en 1974. Completó su formación obteniendo el Título oficial de Diplomado en Sanidad, expedido por la Escuela Nacional de Sanidad, del Ministerio entonces de Sanidad en 1979. Es, junto con el profesor José Guimón, fundador del Instituto de Psicoterapia de Bilbao, institución pionera en la introducción de las técnicas psicoterápicas grupales en la asistencia pública en España.

Bajo la dirección del profesor Guimón, en 1977, presenta su tesis doctoral, obteniendo la calificación de sobresaliente “cum laude”, actuando como tribunal los Profesores Juan Obiols, catedrático de psiquiatría de la Universidad de Barcelona y Juan José López-Ibor Aliño, catedrático de psiquiatría en Madrid. En este trabajo, se abordó por primera vez la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia en literatura científica española, Tras formación específica en psicoterapia analítica grupal a lo largo de 5 años, realiza el Postgrado de Psicoterapia Grupal por la Universidad de Deusto, Bilbao, 1989.

En 1980 y por deseo propio, pudo regresar a su ciudad natal tras ganar por concurso público una plaza en el hospital psiquiátrico provincial “Santa María de Las Nieves”, luego Hospital Psiquiátrico de Álava. Participó en la puesta en marcha del desarrollo psiquiátrico comunitario en Alava, siendo el responsable de la creación de los servicios de drogodependencias de la provincia de Alava, poniendo en marcha la primera unidad de desintoxicación hospitalaria de España en 1981, ya como Jefe de Sección. En paralelo, tras visitar varias

unidades similares en New York, en 1983 diseñó el proyecto de Comunidad Terapéutica para drogodependientes en la localidad de Foronda (Alava), una de las primeras comunidades de la red pública en España y primera en Euskadi.

En 1983, obtuvo por concurso público, la jefatura de Servicio de Psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz, una de las primeras unidades de psiquiatría en hospital general de España, con una sección de psiquiatría general y otra de drogodependencias, y la primera en Euskadi de estas características. Bajo su responsabilidad técnica se llevó a cabo el diseño del servicio, su puesta en marcha y su desarrollo hasta el año 1998. En este tiempo el citado servicio fue unidad de referencia con proyección estatal por su importante desarrollo científico, asistencial y docente. Desde su inicio fue unidad docente de formación MIR y PIR y posteriormente EIR. Bajo su dirección y acompañado de un buen equipo el servicio de psiquiatría de Vitoria se situó entre los más prestigiosos de España, lugar que todavía mantiene. Se puede afirmar que la psiquiatría alavesa salió a la luz, se puso en el mapa. Se llevaron a cabo 17 tesis doctorales, todas ellas calificadas con la máxima consideración, realizadas desde un modesto hospital, una modesta ciudad como Vitoria y una modesta provincia, fruto de la ilusión, el trabajo y el rigor de un equipo que tuvo la fortuna de dirigir y a los que en definitiva, junto con nuestros pacientes, les debo casi todo.

En 1998 fui requerido por el entonces Consejero de Sanidad y luego alcalde de Bilbao, Dr. Iñaki Azkuna, para diseñar y poner en marcha un nuevo servicio de psiquiatría en el Hospital de Cruces, en Baracaldo (Vizcaya) allí permanece 9 años como Jefe de Servicio, en Comisión de servicios. Posteriormente, consolidado el servicio, regresa a su puesto de Jefe de Servicio en Vitoria-Gasteiz y participa activamente en la creación del nuevo proyecto de Hospital Universitario de Alava, Vitoria-Gasteiz, 2007-2016, resultado de la fusión de los hospitales de Txagorritxu y Santiago. Finalmente alcanza su jubilación el 18 de noviembre de 2019 como Jefe de Servicio de Psiquiatría de la OSI-Araba, Vitoria-Gasteiz.

Desde el punto de vista docente, ha permanecido unido a la Universidad del País Vasco, como docente en su Facultad de Medicina a lo largo de 45 años ininterrumpidos hasta su jubilación en el año 2018. Es de los pocos profesores, quizás el único, que ha impartido docencia a las primeras 45 promociones de médicos en Euskadi, de forma continuada. Quizás por ello fue Padrino de la 45ª promoción de Médicos de la Facultad de Medicina de la UPV.

Fue Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco, por oposición nacional, 1989 y en el año 2001, obtuvo la cátedra de Psiquiatría, también por concurso oposición nacional, que desempeñó durante 17 años en la Unidad Docente de Medicina de Vitoria, de la que fue director, (2006-2018), con la categoría de Vicedecano, hasta su jubilación. Fue, Vocal de la Junta de Campus de Alava de la Universidad del País Vasco, (2006-2018).

Desde 2006 hasta la actualidad es Vicepresidente del Ilustre Colegio de Médicos de Alava.

Desde el punto de vista Gestión, ha estado en el origen de la creación y puesta en marcha de los servicios de psiquiatría de los hospitales de: Basurto en Bilbao, (1975-1980), Servicio de Toxicomanías del Hospital psiquiátrico de Alava y de la Red de Salud Mental de Alava (1980-1983), Hospital Santiago Apóstol de Vitoria (1983-1997), Hospital Cruces de Baracaldo en Vizcaya (1998-2007), Hospital Universitario de Alava (2016-2018). Fue responsable de la creación y puesta en marcha del primer “hospital Virtual” de Alava en la Unidad Docente de Medicina de Vitoria-Gasteiz, dedicado a la formación práctica de alumnos de medicina en 2010.

Como Investigador, fue Adjunto a la presidencia del Area Neurociencias del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Máximo organismo español dedicado a la investigación en Neurociencias.2006-2008.

Evaluador del Area de Neurociencias del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo 2000-2018

Evaluador ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y prospectiva). Ministerio de Educación y Ciencia. 2007-2018

Investigador de Redes Cooperativas Temáticas de Investigación en Psiquiatría. REM-TAP, nodo Universidad País Vasco, 2005-2006

Investigador responsable del área de psiquiatría del Grupo UPV del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) del Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007-2018).

Investigador de Referencia de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (2007-2022).

Investigador Principal del Grupo de Investigación consolidada, GIU12/76 de la Universidad País Vasco. (2011-2014).

Investigador del equipo de Investigación Neuropsicología de los Trastornos Médicos Severos, fundado en 1999, reconocido por Gobierno Vasco como Equipo de Excelencia Tipo A con las máximas calificaciones en sucesivas ediciones.

Investigador Principal en la UFI (Unidad Fomento Investigación) de la Universidad del País Vasco. (2011-2016).

Tiene 4 tramos de investigación, sexenios, 3 de seis y uno de 12 años, reconocidos por la Agencia Nacional de Evaluación del Conocimiento (ANECA), es decir 30 años de dedicación reconocida a la investigación de excelencia en psiquiatría.

Director de 17 tesis doctorales, todas ellas calificadas con sobresaliente o apto

“cum laude”.

Tiene 22 premios de investigación y numerosas distinciones personales.

Autor de 109 publicaciones en revistas nacionales y más de 120 trabajos en revistas internacionales de impacto, ofreciendo un impacto acumulado de más de 250 puntos de acuerdo al Science Citation Index (SCI).

Investigador destacado en el portal internacional Research Gate

Autor o editor de 45 libros con ISBN y 130 capítulos de libros.

Ha presentado 430 ponencias o comunicaciones en congresos nacionales o internacionales.

Ha impartido conferencias en Argentina, Chile, Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, República Dominicana, Guatemala, México, etc.

Pertenece o ha pertenecido a los Comités Editoriales de numerosas revistas de la especialidad

European Journal of Psychiatry

Actas Españolas de Psiquiatría. Comité Editorial. Madrid. 2004.

Psiquiatría Biológica. Comité Editorial. Barcelona.2000

Norte de Salud Mental. Revista de Salud mental y Psiquiatría Comunitaria. Consejo Asesor y de Redacción. 2000

Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Comité de Redacción. Barcelona. 2008

Adicciones. Comité Editorial. 1998

Trastornos Adictivos. Comité Editorial, 1998

Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencia.Comité Editorial,1996

International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2002

Trastornos del ánimo. Universidad de Chile. Hospital Clínico (Chile). Comité Editorial.

peru

Revisor de trabajos de investigación en revistas de la especialidad

Journal Clinical Psychiatry. (EE.UU. 2003-2008

Actas Españolas de Psiquiatría (Madrid).2005-2018

Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona.2008

Revista Brasileira de Psiquiatría. Rio de Janeiro. 2017-2018

Patrono de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2008).

Vocal de la Comisión Nacional de Psiquiatría del Consejo General de

Especialidades Médicas, en dos periodos, como representante del Ministerio de Sanidad, 1997-2006 y como representante del Consejo General de Colegios de Médicos de España. 2007-2013.

Perteneció al *Consejo Asesor Drogodependencias* de Euskadi. Comisión Técnica. Gobierno Vasco. 1990-1995

Perteneció al *Consejo Asesor de Salud Mental* del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco desde 2014 hasta 2023.

Miembro de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad de España, 2014-2016.

Representó a la Sociedad Española de Psiquiatría, (2012-2016) en:

Consejo Español del Cerebro, (CEC);

Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME);

European Psychiatric Association, (EPA);

European Council of the National Psychiatric Association, (EPA);

World Psychiatric Association, (WPA)

Representante del CGCOM de España en la UEMS (European Union Medical Specialists, 2016-2020.

En lo que se refiere a pertenencia a Sociedades, es

Miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, 1977, en activo.

Socio Fundador del Instituto de Psicoterapia de Bilbao, 1978

Socio Fundador y Presidente de la Asociación Vasca de Salud Mental, (1980-1982) y socio en activo.

Socio Fundador y Presidente de la Sociedad Española de Toxicomanías, (1988-1990) y socio en activo.

Socio Fundador y Presidente de la Sociedad Vasconavarra de Psiquiatría (1994-1996) y socio en activo.

Vice-Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2008-2012, y socio en activo

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2012-2016, y socio en activo

Premios y Distinciones

Insignia de oro de la Ciudad de Vitoria-Gasteiz, concedida por el Excmo Ayuntamiento de la ciudad, 2006

Socio de Honor de la Asociación Gallega de Psiquiatría, 2009

Socio de Honor de la Sociedad Intenacional de Patología Dual, 2012

Socio de Honor de la Asociación Mundial de Psiquiatría (World Psychiatric Association), 2014

Presidential Commendation del Presidente de la World Psychiatric Association, 2014

Socio de Honor de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), Santiago de Chile, (Chile), 2015

Socio de Honor de la Asociación Peruana de Psiquiatría (APP), Lima (Peru), 2016

Socio de Honor de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, (APAL) Antigua (Guatemala), 2016

Socio de Honor de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, La Habana, Noviembre de 2016

Primer Socio de Honor de la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría. 2016

Está en posesión de la Orden Civil de Sanidad a Título de Encomienda, Madrid, 2016, siendo de los pocos psiquiatras que han obtenido tal distinción.

Organización de reuniones o congresos de Ila especialidad.

Ha organizado más de 80 eventos profesionales, de dimensión nacional o internacional, entre ellos cuatro congresos nacionales de psiquiatría de la Sociedad Española de Toxicomanías, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Sociedad Española de Psiquiatría (Vitoria, 1989, Vitoria 1991; Bilbao, 2004 y Bilbao, 2012), el congreso mundial de la World Psychiatric Association, Madrid, septiembre, 2014; el congreso europeo de la European Psychiatric Association, Madrid, marzo, 2016, además de un Curso Nacional de Actualización en Psiquiatría de gran repercusión profesional durante 31 años ininterrumpidos en Vitoria-Gasteiz, que actualmente es el más veterano de España en su naturaleza (1992-2023)

En su faceta cultural y solidaria es

Socio Fundador de la Asociación Africanista Manuel Iradier de Vitoria-Gasteiz, 2000, con programas de ayuda en Guinea Ecuatorial, (país al que se desplazó

en misión humanitaria en 2003), Beni y República Democrática del Congo.

Socio Fundador de la Sociedad Geográfica "La Exploradora", Vitoria-Gasteiz, 2017 y de la Plataforma solidaria Eutsi Ukraina, responsable de 20 expediciones a Ucrania aportando material de primera necesidad y trayendo más de 200 refugiados ucranianos, mujeres y niños, a Euskadi. Personalmente formó parte de la primera expedición que penetró en Ucrania llevando ayuda a Leópolis, Kiev, en mayo de 2022 y en la última a Kiev en enero de 2023. En todos los casos actuando como médico y psiquiatra en las expediciones.

Socio de la Sociedad Recreativa Gastronómica "Lagundi" de Vitoria-Gasteiz, 1980-2020

Socio del Círculo Vitoriano de Vitoria-Gasteiz, 1980

Abonado de la Sociedad Deportiva "Estadio" 1959-2021

Socio Supernumerario de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País, 2008

Socio de Número de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País, 2016

Autor de libros enmarcados en narrativa de viajes. "Doctor....Supongo: gestas históricas de médicos aventureros", Editorial Ikusager, 2012. Y varios artículos sobre narrativa de viajes relativa a la medicina, publicados en la revista de la Sociedad Geográfica Española.

Ingresó en la RAMPV/EHMEA como académico numerario en el año 2020 tras leer su discurso de ingreso "*La patología dual: Un problema actual con especial referencia a la psicosis por drogas*", contestado por Julio B. Bobes. La larguísima relación de sus publicaciones, comunicaciones y distinciones, así como su extenso *curriculum* pueden ser consultadas en la página Web de la RAMPV/EHMEA, disponible en: <https://ehmea-rampv.org/miguel-gutierrez-fraile/>

