

**UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO  
EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA**



**TESIS DOCTORAL**

**El homicidio y los homicidas:  
Estudio descriptivo del homicidio en la provincia de  
Bizkaia (1992-2013).  
Características clínicas, médico-legales y jurídicas de los  
homicidas**

**Ana Eugenia Abasolo Telleria  
Bilbao 2016**



# **El homicidio y los homicidas**

**Programa de Doctorado en Neurociencias**

**Doctoranda: Ana Eugenia Abasolo Telleria**

**Director de Tesis: Prof. Miguel Angel Gonzalez  
Torres**



## INDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	13
Resumen	15
<b>INTRODUCCION</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 1.- LA VIOLENCIA</b>	<b>21</b>
1.1.- Diferencias entre agresividad y violencia	22
1.2.- Tipos de violencia	23
1.3.- Modelos explicativos de la violencia	29
1.3.1.- Teorías sociológicas de la violencia	29
1.3.2.- Teorías de la violencia desde modelos individuales	31
1.3.2.1.- Biologicistas	31
(1).- Neurotrasmisores y genética	31
(2).- Neurológicos	33
1.3.2.2.- Modelos psicológicos	36
(A).- Posición psicoanalítica	36
(B).- Teoría de la frustración	38
(C).- Teoría del procesamiento de la información	38
(E).- Teoría de los rasgos	39
1.3.2.3.- Modelos integradores	40
(1).- El modelo ecológico	40
(2).- Propuesta de A. Raine	41
1.3.3.- La violencia desde el punto de vista de la salud pública	42
<b>Capítulo2.- EL HOMICIDIO</b>	<b>45</b>
2.1.- Clasificación del acto homicida	45
2.1.1.- <u>El homicidio intencional, subdivisiones</u>	46
2.1.1.1.- El homicidio asociado a actividades criminales	46
A.- El crimen organizado y las bandas	46
B.- El homicidio vinculado a actividades delictivas clásicas	47
2.1.1.2.- Homicidio interpersonal	48
A.- Intrafamiliar	48
A.1.- Violencia contra la mujer dentro de la familia (no de pareja)	49
A.1.1.- Crímenes cometidos en nombre del honor	49
A.1.2.- Filicidios e infanticidios	49
A.1.3.- Matrimonio forzado, dote y viudedad	49
A.2.- Violencia contra la mujer en relación de pareja	50
A.3.- Homicidio de niños	50
A.4.- El parricidio	51
A.5.- Familicidio	52
B.- Homicidio-suicidio	52
C.- Homicidio juvenil	53
D.- Asociado a otras relaciones	53

D.1.- Asesinatos múltiples	54
D.1.1.- Asesinatos en un mismo lugar y tiempo	54
D.1.2.- Asesinatos en cadena	54
D.1.3.- Asesinatos en serie	54
E.- Homicidio de la mujer en entornos comunitarios	55
F.- Homicidio sexual	55
2.1.1.3.-Homicidio de causas socio-políticas	56
(a).- Crímenes de odio	58
(b).- Terrorismo	58
<b>2.2.- <u>EL HOMICIDIO EN CIFRAS</u></b>	<b>61</b>
2.2.1.- Estudios historiográficos del homicidio	61
2.2.2.- Cifras actuales	62
2.2.2.1.- Cifras del homicidio a nivel internacional	65
1.- Datos globales internacionales	65
2.- Género de las víctimas	65
3.- Edad de las víctimas	66
4.- Género de los homicidas	66
5.- Edad de los homicidas	67
6.- Relación agresor-víctima	67
2.2.2.2.- Cifras del homicidio en España	68
1.- Cifras generales	68
2.- Muertes vinculadas a la violencia de género.	69
3.- Homicidio de menores en España	70
4.- Menores homicidas	70
5.-Terrorismo	71
<b>2.3.- <u>FACTORES DE RIESGO PARA EL HOMICIDIO</u></b>	<b>71</b>
2.3.1.- Cultura y medios de comunicación	72
2.3.1.1.- Televisión y medios de comunicación	73
2.3.1.2.- Internet y nuevas tecnologías	75
2.3.2.- Maltrato y adversidad infantil	76
2.3.3.- Factores económicos	76
2.3.4.- Armas	77
2.3.4.1.- Armas de fuego	78
2.3.4.2.- Armas blancas	79
2.3.4.3.- Otros mecanismos de muerte	79
2.3.5.- Homicidio y enfermedad mental	80
1.- Investigación de la enfermedad mental y la violencia	82
1.1.- Investigaciones epidemiológicas en población general	82
1.2.- Estudios de cohorte	82

1.3.- Investigaciones en pacientes psiquiátricos	83
1.4.- Investigaciones en población penitenciaria	83
2.- Estimación de violencia en el enfermo mental	83
<b>3.- Psicosis</b>	<b>84</b>
3.1.- La psicosis como causa de violencia	85
3.1.1.- Primeros episodios psicóticos	86
3.2.- Factores de riesgo de violencia ajenos a la psicosis	87
3.2.1.- La comorbilidad	87
3.2.2.1.- Psicosis + drogas	87
3.2.2.2.- Psicosis + personalidad	88
3.3.- Trayectorias de la violencia	88
<b>4.-Trastornos de personalidad</b>	<b>90</b>
4.1.- Trastorno antisocial de la personalidad	91
4.2.- La psicopatía	92
4.3.- Trastorno antisocial, psicopatía y violencia	94
4.3.1.- El homicidio	95
4.4.- La personalidad borderline	95
4.5.- La personalidad narcisista	96
4.6.- Personalidad del Cluster C	96
4.7.- Trastornos de personalidad y homicidio en mujeres	97
<b>5.-Trastorno por consumo de sustancias</b>	<b>97</b>
5.1.- Definiciones	98
5.2.- Neurobiología de las adicciones	99
5.3.- El alcohol	99
5.3.1.- Estudios epidemiológicos	99
5.3.2.- Estudios individuales	100
5.3.3.- Alcohol y otras drogas	101
5.3.4.- Alcohol y violencia	101
5.3.5.- Alcohol y homicidios	102
5.4.- La cocaína	102
5.4.1.- Cocaína y homicidios	104
5.5.- Las anfetaminas	104
5.6.- Cannabis	105
5.7.- Opiáceos	105
5.8.- Nuevas sustancias psicoactivas	105
<b>Capítulo 3.-EL HOMICIDIO COMO DELITO</b>	<b>106</b>
3.1.- Visión general del delito de homicidio	106
3.2.- Eficacia policial y judicial	106
3.3.- La pena de muerte	106
3.4.- El homicidio en el código penal español	107
3.4.1.- Aspectos jurídicos	107
A.- Homicidio doloso	109
B.- Asesinato	111
C.-Homicidio imprudente	114
3.5.- Imputabilidad	116

3.6.- Inimputabilidad	117
3.7.- Medidas de seguridad	121
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>125</b>
1.- Hipótesis y objetivos	127
1.1.- Objetivos generales	127
1.2.- Objetivos específicos	127
1.3.- Hipótesis	127
2.- Metodología	127
2.1.- Diseño del estudio	127
2.2.- Marco físico	127
2.3.- Fuente de datos	128
2.4.- Variables del estudio	130
2.5.- Definición de caso y de registro	131
(A).- Descriptivo general	131
(B).- Análisis de los acusados de homicidio	132
3.- Recogida y análisis de datos	133
3.1.- Análisis estadístico	133
<b>RESULTADOS</b>	<b>135</b>
<b>A.- DESCRIPTIVO GENERAL DE HOMICIDIOS Y VICTIMAS</b>	<b>137</b>
1.- Partido judicial	137
2.- Distribución por años	138
3.- Meses del año	140
4.- Hora del día	142
5.- Lugar de los hechos	142
6.- Lugar de los hechos 2	142
7.- Víctimas	143
7.1.- Número de víctimas	143
7.2.- Nacionalidad de las víctimas	143
7.3.- Género de las víctimas	144
7.4.- Relación entre agresor y víctima por género	144
<b>B.- MUESTRA CLINICA DE AGRESORES</b>	<b>147</b>
1.- Número de agresores	147
2.- Edad	147
3.- Edad reagrupada	148
4.- Género de los agresores	148
5.- Nacionalidad de los agresores	148
<b>B.1.- Análisis de los datos por grupos clínicos</b>	<b>148</b>
<u>B.1.1.- Variables socio-demográficas</u>	<b>148</b>
B.1.1.1.- Nivel de estudios	148



B.1.1.2.- Estado civil	149
B.1.1.3.- Violencia previa	150
B.1.1.4.- El apoyo social (con quien vive)	150
B.1.1.5.- Trabajo	150
<b>B.1.2.- <u>Variables criminalísticas y relativas al homicidio</u></b>	<b>150</b>
B.1.2.1.- Móvil en la totalidad de la muestra de homicidios	150
B.1.2.2.- Móvil en las distintas categorías diagnósticas	152
B.1.2.3.- Arma en la totalidad de la muestra de homicidios	152
B.1.2.4.- Arma utilizada en cada categoría diagnóstica	153
B.1.2.5.- Hora del día	153
B.1.2.6.- Lugar de los hechos en cada categoría diagnóstica	153
B.1.2.7.- Actuación posterior al homicidio en cada categoría	154
B.1.2.8.- Relación agresor-víctima en cada categoría	154
<b><u>B.1.3.-Variables clínicas</u></b>	<b>155</b>
<b>B.1.3.1.-Psicosis</b>	<b>155</b>
B.1.3.1.1.- Tratamiento	155
B.1.3.1.2.- Psicosis actual	155
A.- Diagnóstico	155
B.- Curso clínico	155
C.- Primer episodio	155
D.- Brote agudo	155
E.- Psicosis crónica	156
B.1.3.1.3.- Psicosis y comorbilidad	156
A.- Con trastornos de personalidad	156
B.- Con consumo de alcohol/drogas	156
<b>B.1.3.2.-Trastornos de personalidad</b>	<b>158</b>
B.1.3.2.1.- Comorbilidad	158
A.- Con déficit intelectual	158
B.- Con consumo de alcohol/drogas	158
B.1.- Arma utilizada	159
B.2.- Móvil	159
B.3.- Relación con la víctima	160
B.1.3.2.2.- Trastornos de personalidad reagrupados	160
A.- En TP antisocial	160
B.- En TP mixtos	160
C.- En TP <i>otros</i>	160
<b>B.1.3.3.-Trastorno por consumo de sustancias</b>	<b>162</b>
B.1.3.3.1.- Drogas consumidas	162
B.1.3.3.2.- Edad	162
B.1.3.3.3.-Tipo de consumo	163
B.1.3.3.4.- Relación de las drogas con el homicidio	163
<b>B.1.3.4.-Sin diagnóstico u homicidas “normales”</b>	<b>163</b>
B.1.3.4.1.- Edad reagrupada	164
B.1.3.4.2.- Consumo de sustancias	164

B.1.3.4.3.- Antecedentes de victimización	164
B.1.3.4.4.- Violencia previa	164
<b>B.1.4.-<u>Variable médico-legales y jurídicas</u></b>	<b>164</b>
B.1.4.1.- Estado jurídico de los expedientes	164
B.1.4.2.- Calificación penal	164
B.1.4.3.- Medidas de seguridad	166
B.1.4.4.- Imputabilidad	166
B.1.4.5.- Sentencias	166
<b>C.- Comparativa de los pacientes psicóticos con otros grupos diagnósticos</b>	<b>169</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>171</b>
<b>A.- DESCRIPTIVO GENERAL DE HOMICIDIOS Y VICTIMAS</b>	<b>173</b>
1.- Evolución en el tiempo	173
2.- Marco temporal	174
3.- Lugar	175
4.- Víctimas	175
4.1.- Número de víctimas	175
4.2.- Nacionalidad de las víctimas	175
4.3.- Género de las víctimas	176
4.4.- Relación agresor-víctima	176
<b>B.- MUESTRA CLINICA DE AGRESORES</b>	<b>177</b>
B.1.- Agresores	177
1.- Número de agresores	177
2.- Edad de los agresores	177
3.- Edad reagrupada	177
B.2.- Análisis de los datos por grupos clínicos	178
B.2.1.- <u>Variables socio-demográficas</u>	179
B.2.1.1.- Edad	179
B.2.1.2.- Género	179
B.2.1.3.- Nacionalidad	180
B.2.1.4.- Estudios	180
B.2.1.5.- Apoyo social y estado civil	180
B.2.1.6.- Trabajo	181
B.2.1.7.- Victimización	181
B.2.1.8.- Antecedentes legales	181
B.2.1.9.-Violencia previa	182
B.2.2.- <u>Variables criminalísticas y relativas al homicidio</u>	182

B.2.2.1.-Móvil	182
B.2.2.2.-Relación con la víctima	185
B.2.2.3.-Momento temporal	186
B.2.2.4.-Actuación tras los hechos	186
B.2.2.5.-Armas	187
B.2.2.6.-Lugar	188
<b>B.2.3.- <u>Variables clínicas</u></b>	<b>189</b>
<b>B.2.3.1.-Psicosis</b>	<b>189</b>
A.-Comorbilidad	189
A1.-Psicosis pura	190
A.2.-Psicosis con comorbilidad	190
B.-Psicosis actual	191
B.1.-Diagnostico	191
B.2.-Curso clínico	191
B.2.1.-Primer brote psicótico	192
B.2.2. Brote agudo	192
B.2.3.-Psicosis crónica	192
<b>B.2.3.2.- Trastorno de personalidad</b>	<b>193</b>
B.2.3.2.1.-Comorbilidad	194
A.- Consumo de alcohol/drogas	194
B.- Déficit intelectual	195
B.2.3.2.2.- Trastornos de personalidad reagrupadas	195
<b>B.2.3.3.-Trastorno por consumo de sustancias</b>	<b>199</b>
<b>B.2.3.4.-Pacientes sin diagnóstico clínico</b>	<b>203</b>
<b>C.- <u>Variable médico-legales y jurídicas</u></b>	<b>205</b>
C.1.- Marco legal y judicial	205
C.2.- Imputabilidad	206
C.2.1.- Imputabilidad de la psicosis	207
C.2.2.- Imputabilidad de los trastornos de personalidad	209
C.2.3.- Imputabilidad de los tr. por consumos de sustancias	211
C.2.4.- Imputabilidad de los acusados sin diagnóstico	212
<b>D.- COMPARATIVA DE LOS PACIENTES PSICOTICOS CON OTROS GRUPOS DIAGNOSTICOS</b>	<b>213</b>
D.1.- Diferencias con tr. de personalidad	214
D.2.- Diferencias con tr. por consumos de sustancias	214
D.3.- Diferencias con pacientes sin diagnóstico	214

<b>E.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO, FUTURO</b>	<b>215</b>
<b>F.-CONCLUSIONES</b>	<b>219</b>
<b>G.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>223</b>
<b>H.-ANEXOS</b>	<b>257</b>
H.1.- Hoja de recogida de datos	259
H.2.- Lista de Figuras	265
H.3.- Lista de Tablas	266

## **AGRADECIMIENTOS**

A Miguel Angel Gonzalez Torres, director de esta tesis, maestro en investigación y que me ha regalado su atención y su tiempo.

A Guillermo Portero Lazcano, mi ángel de la guarda y mí maestro en la medicina forense y en el trabajo con los homicidas.

A Rafa Alcaraz Manzano, por ser un profesor de lujo en las autopsias de homicidios.

A Benito Morentin Campillo por su aliento.

A Jon y a Pablo....porque si, porque también.



## **RESUMEN**

Esta tesis busca el estudio descriptivo y retrospectivo, en base a las exploraciones médico-forenses, de personas acusadas de un delito de homicidio consumado, en la Audiencia Provincial de Bizkaia, durante el periodo 1992-2013.

Se trata de un trabajo que enlaza dos áreas del conocimiento: la medicina y el derecho. Al tratarse de un entorno forense, el resultado de las exploraciones tiene consecuencias legales, en la determinación y graduación de la capacidad de culpabilidad o imputabilidad.

Los homicidios representan la forma más grave y distintiva de la violencia y puede ser definido como “la muerte ilícita y voluntaria, que una persona provoca en otra”.

La violencia es un fenómeno complejo, donde interactúan factores individuales y circunstancias ambientales socio-económicas, familiares y culturales. La violencia, no siempre responde a disposiciones estables, sino que, muchas veces, son reacciones inesperadas frente a situaciones concretas.

La enfermedad mental está marcada por la estigmatización y estereotipos asociados a los enfermos mentales, que siguen siendo vistos como peligrosos, impulsivos e impredecibles.

Entre los objetivos del estudio están: (a) descriptiva general de los homicidios en el periodo de estudio y (b) conocer en que medida el homicidio está vinculado a un trastorno psíquico, especialmente su relación con la psicosis. Se trata de averiguar si los homicidios de los psicóticos poseen alguna característica que les diferencia de los homicidios cometidos por personas sin patología psíquica y de los cometidos por personas con otros diagnósticos psiquiátricos.

### **Material y métodos:**

La información procede de tres fuentes principales: (a).-Informes de autopsia de víctimas de homicidio, (b).-Expediente médico-forense de los acusados de los homicidios y (c).-Sentencias judiciales, obtenidas desde las Audiencias Provinciales, Juzgados de lo Penal y Juzgados de Menores.

Se analizan variables sociodemográficas, variables asociadas al homicidio, variables clínicas y variables jurídicas y médico-legales.

A pesar de la importancia de las muertes vinculadas al terrorismo y contraterrorismo en la provincia de Bizkaia, han sido excluidas de este estudio. Se trata de unas muertes que poseen unas características particulares, cuya investigación y enjuiciamiento le corresponde a la Audiencia Nacional.

### **Resultados:**

Se han seleccionado 151 incidentes homicidas, con un total de 155 víctimas, 14 víctimas son de autor desconocido, estando en situación de archivo provisional.

Disponemos de datos de 156 sospechosos identificados, de los cuales hay conclusiones médico-legales en 131 inculpados (el 85% de los imputados de homicidio).

Dentro de Europa, España presenta una de las cifras de homicidios más bajas. En Bizkaia, los homicidios muestran una trayectoria descendente, que ha pasado del 1,21 homicidios/100.000 habitantes en 1.992 a 0,78/100.000 habitantes en 2013, aunque es una cifra que supera la media nacional.

Aproximadamente en el 85% de los acusados sometidos a exploración forense se les ha detectado un diagnóstico clínico, lo que no implica que la patología haya influido en el delito. Estas cifras hay que interpretarlas con mucha cautela, se trata de un entorno forense y la relación específica entre el trastorno y el homicidio se concreta a través del diagnóstico de imputabilidad.

Se han determinado cuatro categorías clínicas como diagnóstico principal: Psicosis con 25 personas (19%), Trastornos de personalidad con 59 personas (45%), Trastorno por consumo de sustancias con 27 personas (21%) y 20 personas sin diagnóstico o “normales” que representan el 15% de la muestra a estudio.

Entre las categorías se han encontrado pocas diferencias en variables sociodemográficas y criminalísticas, asociadas al homicidio.

La mayor parte de los sospechosos son hombres, con una media de edad de 33 años, estudios primarios, en paro laboral o con trabajos de baja cualificación, solteros, que viven solos o con los padres. Los acusados carecen, en su mayoría, de antecedentes de victimización, aunque se trata de una variable poco estudiada. El 6% de los homicidios los comete una mujer, pero representan el 31% de las víctimas.

Los homicidios se cometen por dos razones principales: una riña o altercado y la violencia familiar.

Los pacientes psicóticos tienen una media de edad superior a la media general de la muestra y los homicidios se vinculan a una motivación psicótica, las víctimas pertenecen al círculo familiar del homicida. En los homicidas psicóticos se identifican dos trayectorias hacia la violencia, según se trate de una psicosis “pura” o con comorbilidad de consumo de sustancias y/o trastorno de personalidad. En cualquier caso, un factor significativo es la ausencia de un tratamiento farmacológico efectivo en todos los pacientes.

La imputabilidad de los pacientes psicóticos está más frecuentemente anulada o modificada de forma severa, lo que les convierte en no responsables o solo algo responsables de sus actos. En las sentencias judiciales disponibles, los homicidas psicóticos se relacionan con sentencias que les exime de su responsabilidad, aplicándose medidas de seguridad.

Los sospechosos con un Trastorno de personalidad son una población heterogénea con una comorbilidad muy elevada de Trastorno por consumo de sustancias y ambas poblaciones comparten características. Las sustancias más consumidas son el alcohol y los policonsumos (alcohol asociado a cánnabis, estimulantes y psicofármacos).



Los sospechosos sin diagnóstico, o “normales”, tienen historias personales de aparente normalidad. Los homicidios parecen ser circunstanciales, si bien, se trata de una afirmación que hay que realizar con prudencia.

La imputabilidad de los Tr por consumo, los Tr de personalidad y las personas sin diagnóstico está intacta o ligeramente disminuida, lo que le otorga una responsabilidad plena, o casi plena, de sus actos. Se aplican, preferentemente, sentencias condenatorias, con y sin atenuantes médicas



# **INTRODUCCION**



Esta tesis busca el estudio descriptivo y retrospectivo, en base a las exploraciones médico-forenses, de personas acusadas de un delito de homicidio consumado, en la Audiencia Provincial de Bizkaia, durante el periodo 1992-2013. Se trata de un trabajo que enlaza dos áreas del conocimiento: la medicina y el derecho.

El homicidio representa la cara más distintiva y grave de la violencia. Se adopta el concepto de *homicidio intencional* definido por Naciones Unidas de lucha contra la Delincuencia y el Crimen (UNODC 2012) como “*la muerte ilícita y voluntaria, que una persona provoca en otra*”.

El homicidio es una conducta compleja, es una manifestación de violencia, pero es también un delito, que tiene una respuesta policial y judicial.

La meta última de toda la investigación de la violencia es profundizar en el conocimiento de los factores causales para avanzar en la gestión y prevención del riesgo.

La vida es un bien supremo, recogida en el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de la ONU 217A, del 10 de diciembre de 1948<sup>1</sup>

El artículo 15 de la Constitución Española de 1978, (BOE nº 311 del 29 de diciembre de 1978) consagra el derecho a la vida en nuestro ordenamiento jurídico<sup>2</sup>

## **Capítulo 1.- La Violencia**

La violencia forma parte de la Historia de la Humanidad, está presente en todas las culturas y grupos sociales y a lo largo de todos los periodos históricos.

El término violencia remite al concepto de fuerza, es la combinación de dos palabras en latín, la raíz “vis” (fuerza) y el participio “latus” de la palabra “fero” (acarrear, llevar) con el sentido de acarrear fuerza. La palabra violencia presupone la idea de fuerza.

En la mitología griega la violencia era una divinidad alegórica pagana llamada Bia por los griegos. Era hija de la ninfa Efigia y del gigante Palas y junto a sus hermanas la Fuerza (Cratos) y la Victoria (Niké) y Zelos vivió desde la niñez en el Olimpo, protegida por Zeus. En Corinto hubo un templo dedicado a Violencia y a Némesis y más que una divinidad era una fuerza abstracta que mantenía el equilibrio entre el poder, la belleza y la riqueza excesiva. Al final la Violencia fue considerada la diosa de la venganza y se representa como una mujer con una coraza que mata con una maza a un niño (Quiroga y Cryan 2011).

La violencia puede ser definida de muchas maneras. No existe una definición precisa, cada sociedad y cultura tiene una definición concreta.

---

<sup>1</sup> “*Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*”.<sup>1</sup>

<sup>2</sup> “*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra*”

La Organización Mundial de la Salud la define como: *El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones* (OMS 2002).

### **1.1.-Diferencias entre agresividad y violencia**

Agresividad y violencia, son palabras que con frecuencia se utilizan como sinónimos pero, otras veces, se les otorga un significado distinto.

La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal. Se ha aplicado tanto al comportamiento animal como al comportamiento humano, infantil y adulto. Procede del latín “agredi”, una de cuyas acepciones, similar a la empleada en la actualidad, connota “ir contra alguien con la intención de producirle daño”, lo que hace referencia a un acto efectivo.

Algunas definiciones de *violencia* no se distinguen claramente del concepto de agresión, tales como la de Elliot et al. (1989 citado en Carrasco y Gonzalez 2006) “amenaza o uso de la fuerza física con intención de causar heridas físicas, daño o intimidación a otra persona” o la de Reiss y Roth (1993 en Carrasco y Gonzalez 2006) “conductas emitidas por sujetos que intencionalmente amenazan o infligen daño físico sobre los otros”. No obstante, se aprecia que éstas, y otras definiciones de violencia, se caracterizan por incluir los términos “intimidación” y “amenaza”, no presentes a veces en las definiciones de agresión.

El antropólogo Konrad Lorenz (en Carrasco y Maza 2011) equipara ambos términos y propone que la energía agresiva es un instinto como cualquier otro, que se genera de un modo constante. Esta energía se acumula, por lo que debe ser evacuada con regularidad para recuperar el equilibrio.

La agresividad/violencia es útil para la conservación de la especie y tiene tres funciones:

- Distribución y equilibrio entre las especies a través de una ecología limitada o espacio vital disponible.
- Selección natural de las especies más adaptadas a través del combate.
- Defensa de la progenie.

De igual manera, Storr (1969 en Carrasco y Maza 2011), considera que la agresividad es un instinto que proporciona una reacción defensiva frente a los peligros y las frustraciones y cuyos efectos pueden ser controlados pero nunca suprimidos. Montagu (1990 en Carrasco y Maza 2011 ) integra la violencia dentro del repertorio conductual del hombre, donde caben tanto las conductas positivas, como la bondad y la sensibilidad y las negativas, como el odio, la hostilidad y el egoísmo. Cualquier explicación del comportamiento, debe hacerse desde lo global, como resultado de la experiencia vivida. Sobre una base genética interactúa lo biológico y lo ambiental.

Para Rojas Marcos (1995 citado en Carrasco y Maza 2011) la agresividad y la violencia son experiencias aprendidas, cuyo origen está en la propia sociedad, el maltrato en la infancia y otra serie de factores externos y ambientales.

Para los autores que diferencian entre agresividad y violencia, la agresividad representa una conducta innata, de tipo instintivo, mientras que la violencia posee una carga de aprendizaje y de influencia sociocultural.

La agresividad sería una herramienta adaptativa para luchar y defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior y para la búsqueda de alimentación (Echeburua 1998). Sería un instinto universal regulado por un fino equilibrio natural entre factores excitatorios e inhibitorios, aunque esto no significa que todas las personas sean agresivas.

La violencia representaría la agresividad alterada, por la acción de factores socioculturales que le quitan el carácter instintivo y la convierten en una conducta intencional y dañina (Sanmartin 2007). A diferencia de la agresión, la violenta tiene un componente destructivo sobre personas y cosas, e implica una disfunción social.

Se habla, aunque con dudas, que el ser humano es el único animal que hace daño sin necesidad y además puede disfrutar con ello. Parte de la creencia que la agresividad pertenece al reino animal y a la vida pacífica de los pueblos primitivos, mientras que la violencia es fruto del hombre y de la modernidad, del desarrollo, la tecnología armamentística y las desigualdades entre los pueblos (Pinker 2011).

Estudios con animales, especialmente con primates, han desmontado este mito ya que observaciones de chimpancés en libertad, demuestran la existencia de agresividad letal, como parte de su repertorio conductual normal (estudios de Jane Goodall citados en Pinker 2011).

La diferencia entre el mundo animal y el hombre, la agresividad y la violencia, no es un salto definido. Existen estadios intermedios, donde se solapan características de violencia “humana” y voluntaria, con conductas agresivas “instintivas” e involuntarias.

## **1.2.-Tipos de violencia**

Hay muchas formas de definir y clasificar la violencia.

**(A).**- Como un problema de salud pública:

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud en la Resolución WHA49.25, (OMS 2002) declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo e insta a los gobiernos a evaluar la violencia en sus territorios. Fruto de esta resolución se elabora el Primer Informe Mundial de la Violencia y la Salud 2002.

**(B).**- El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS 2002) propone una clasificación de la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- la violencia autoinfligida
- la violencia interpersonal
- la violencia colectiva.

-La violencia autoinfligida es aquella que se aplica sobre uno mismo, en forma de conducta suicida y las autolesiones. La conducta suicida incluye pensamientos, intentos de suicidio y el suicidio consumado.

Las autolesiones son las lesiones provocadas por uno mismo que varían en un rango de gravedad, desde formas leves hasta la automutilación.

-La violencia interpersonal define la existencia de, al menos, dos personas: el agresor y la víctima. Las víctimas pueden ser una o más de una, pero, en general, no superan un gran número.

La violencia interpersonal tiene dos subcategorías:

-Violencia familiar o de pareja, que ocurre entre personas a las que les une relaciones afectivas o familiares. Este tipo de violencia incluye la violencia de género, maltrato de niños, violencia contra personas mayores y la violencia filo-parental. El escenario de la violencia, normalmente, es el hogar.

-Violencia comunitaria: es la que aparece entre personas a las que no les une parentesco, pueden ser amigos, conocidos, vecinos o desconocidos, entre otros. Suele ocurrir fuera del hogar, en la calle, en la escuela, en lugares de trabajo, etc.

-La violencia colectiva es la provocada por grupos o colectivos grandes, como el Estado, grupos políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas (OMS 2002). La principal característica de este tipo de violencia es que el autor no es una persona sola, o un grupo pequeño, sino que procede de grupos grandes de población.

La violencia colectiva incluye:

- Violencia social: actos provocados por grupos organizados, acciones terroristas y la violencia de masas.

- Violencia política: conformada por la guerra y conflictos políticos, la violencia del Estado y actos similares.

- Violencia económica: motivada por afán de lucro económico. Incluye actividades destinadas a alterar o destruir una economía, negar el acceso a servicios esenciales o crear división y fragmentación económica.

(C).- Según la naturaleza de los actos de violencia, la OMS (2002) establece:

- Violencia física.
- Violencia psíquica.
- Violencia sexual.
- Privaciones o negligencias.

La violencia física es la acción u omisión que causa, o puede causar, una lesión física. Está paradigmáticamente representada por el acto de pegar y en su forma más grave causa la muerte.

La violencia psíquica o emocional, es cualquier omisión, o acción, que causa, o puede causar, directamente, un daño psíquico. Suele valerse del lenguaje en todas sus formas, tanto verbal como no verbal, incluyendo la ausencia de comunicación y el silencio. Está representado por el insulto y la amenaza.

La violencia sexual es cualquier comportamiento en el que una persona es utilizada para obtener estimulación o gratificación sexual (SanMartin 2007).



Privaciones o descuidos es un subtipo recogido, como tal, en la versión española de la Clasificación de violencias de la OMS (2002) aunque es un término equivalente a negligencia.

A estos subtipos, SanMartin (2007) añade la violencia económica.

No siempre están claras las líneas divisorias entre las diferentes violencias, no siendo categorías excluyentes entre si.

**(D).- Violencia por acción y por omisión**, también llamada violencia activa y violencia pasiva (San Martin 2007).

*Violencia activa* es la acción intencional física, psíquica, sexual o económica para generar un daño.

*Violencia pasiva*, o por omisión, es dejar intencionadamente de hacer algo que es necesario para preservar su integridad psíquica o física. Cuando la omisión es de proporcionar recursos básicos para una persona se habla de “negligencia”.

**(E).- Según el tipo de víctima**, se encontrarían, por ejemplo:

-**Violencia contra la mujer**: es un tipo concreto de violencia motivada por el género de la víctima. También se le llama violencia de género o contra la mujer.

De acuerdo a la Declaración de Beijing la violencia contra la mujer “es la manifestación de una situación de poder, desigual entre hombres y mujeres, que ha llevado a una situación de dominio y de discriminación sobre las mujeres y a la vez una herramienta, a veces mortal, para mantener su situación subordinada y a evitar su desarrollo completo” (ONU 2006).

Tomando como referencia el Informe del Secretario General de la ONU: *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* la violencia contra la mujer persiste en todos los países del mundo. Es una violación generalizada de los derechos humanos y uno de los obstáculos principales para lograr la igualdad de género (ONU 2006).

La legislación relativa a la violencia doméstica se ha polarizado hacia la violencia física, aunque la tendencia es a considerar formas inclusivas de violencia: física, sexual, emocional o psicológica, y patrimonial o económica. Los homicidios representan la manifestación extrema de violencia.

Aunque, en principio, la violencia mortífera en la pareja o la familia puede afectar tanto a hombres como a mujeres, es la forma de violencia más común experimentada por las mujeres en todo el mundo.

La violencia de género se caracteriza por ser (ONU 2006):

-Un tipo de violencia estructural, no personal que deriva de desigualdades e injusticias.

-Basado en modelos culturales que justifican la desigualdad y la propia violencia.

-Asimétrica porque deriva de una desigualdad entre el hombre y la mujer, el hombre que ejerce la violencia se encuentra en un plano superior.

-Es una violencia instrumental porque sirve para mantener la desigualdad entre el hombre y la mujer.

-Es continuada en el tiempo aunque pueden ocurrir episodios agudos de violencia.

-Puede ser una violencia múltiple, coexistiendo la violencia física, psíquica, sexual y económica.

-Violencia progresiva en el tiempo, aumenta tanto la frecuencia como la gravedad de los episodios agudos.

-Violencia extendida: cuando, además de la pareja, se proyecta sobre otros miembros de la familia, sobre todo los hijos.

-Violencia no vinculada a causas concretas o específicas, aunque la mayoría de las veces subyacen ideas de celos y deseos de control de la mujer.

-Violencia que coexiste con periodos de tranquilidad y romanticismo (ciclos de la violencia).

En España, la lucha contra la violencia de género ha encabezado la agenda social y política.

La *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (2004) define las relaciones de violencia doméstica de forma amplia, incluyendo el cónyuge o ex cónyuge, relaciones no matrimoniales, relaciones no cohabitacionales, relaciones sentimentales y sexuales y relaciones entre los miembros de la familia o el hogar, como ascendientes, descendientes, personas con relaciones de sangre, personas que residen juntas y menores o personas discapacitadas sujetos a tutela o custodia.

-Violencia contra los niños: o maltrato infantil es la violencia que se perpetra contra la integridad física, psíquica o sexual de un niño (SanMartin 2007).

El maltrato a un niño puede ser definido como “*todo acto por acción o por omisión, ejercido por un padre o cuidador del que puede resultar daño, un potencial daño o la amenaza de daño incluso si el daño no se hubiese producido*” (Leeb et al. 2008).

El Informe Pinheiro, del Experto Independiente para el Estudio de la Violencia contra los niños, de las Naciones Unidas (ONU 2006.b), confirma que esta violencia existe en todos los países del mundo, al igual que ocurre con la violencia de género. Sin embargo, en ambos tipos de violencia, la distribución no es homogénea.

Atendiendo a la dependencia y edad de los niños, pueden establecerse tres “nichos” de victimización: (a) desde el nacimiento hasta los cinco años, aproximadamente, está en la familia. (b) entre los 5 y los 12 años coincidiendo con la escolarización, está en la familia y la escuela y (c) al llegar a la adolescencia, >13 años, los escenarios son más amplios y además de los anteriores se encuentra el barrio y el entorno social. Cuando más mayor es un niño tanto más se acerca la victimización a la de los adultos.

Los niños muy pequeños son los que corren mayor riesgo de violencia severa: entre 0 y 4 años, las tasas de homicidio son dos veces superiores a las registradas en niños de entre 5 y 14 años (el 5,2 frente al 2,1/100 000 habitantes).

Algunos grupos de niños/ñas y adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia comunitaria: los discapacitados, los huérfanos (incluyendo los millones de huérfanos a causa del VIH/SIDA), los indígenas, los pertenecientes a minorías étnicas y grupos excluidos, los que viven o trabajan en la calle, los niños institucionalizados y detenidos, los niños que viven en comunidades con altos niveles de desigualdad, desempleo y pobreza, y los refugiados y desplazados.

-Violencia contra las personas mayores: se define como cualquier acción intencional que daña o puede dañar a una persona mayor de 64 años, o cualquier negligencia que le prive de la atención necesaria para su bienestar (SanMartin 2007).

-Violencia contra los discapacitados: tipo de violencia ejercida sobre personas vulnerables y afectas de una discapacidad psíquica o física.

(F).- Según el escenario en el que ocurre la violencia (SanMartín 2007):

-Violencia en el hogar, violencia doméstica o “familiar”. Se trata de uno de los grandes contextos en los que aparece la violencia. En la casa puede haber violencia contra la mujer, contra los niños o las personas ancianas, por ejemplo.

-Violencia en la escuela: por la presencia de violencia cruzada entre profesores y alumnos, padres y alumnos, o entre los propios alumnos (en inglés bullying).

-Violencia en el lugar de trabajo: que puede ser físico, psíquico o sexual, aunque en nuestro mundo toma forma de acoso moral (en inglés mobbing) y acoso sexual.

-Violencia en la cultura: se trata de la violencia que impregna algunas tradiciones culturales. Entre esas formas de violencia suele destacarse la llamada “mutilación genital femenina”.

-Violencia en las calles (violencia callejera). Abarca un amplio abanico de violencias no vinculadas a instituciones o marcos culturales. Es un tipo de violencia que puede afectar a víctimas casuales, a la acción de mafias o bandas, entre otros.

(G).- Según el tipo de agresor: (SanMartín 2007)

-Violencia juvenil: Es la violencia ejercida por niños y adolescentes. Son acciones u omisiones que suponen un quebrantamiento de la ley y que ponen al joven en contacto formal con los sistemas de justicia (Rutter 1998 en SanMartín 2007).

-Violencia terrorista: propia de organizaciones que defienden el reconocimiento de derechos que creen les son propios. Para él los atentados (llamados “acciones”) no forman parte del mal, sino del arsenal de instrumentos necesarios para defender sus intereses, asociados al concepto de sentido del deber.

-Violencia psicopática: se trataría de un tipo de violencia cruel, impulsiva y fría ejercida por personas que parecen tener una adicción a la violencia (Garrido y Redondo 2013). Un tipo especial son los asesinos en serie organizado.

-Violencia o crimen organizado: El objetivo es el enriquecimiento de los miembros de la organización a costo de la sociedad, utilizando métodos ilícitos como la fuerza, el chantaje o la coacción. Son organizaciones con fines lucrativos pero estructurados a modo empresarial.

(H) Desde un punto de vista más clínico (Feshbach, 1970; Atkins et al., 1993; Kassinove y Sokhodolsky 1995 citados en Carrasco y Gonzalez 2006) se ha propuesto que la violencia, (agresión) puede ser conceptualizada de forma dicotómica:

(a).-Violencia reactiva, también llamada *hostil, impulsiva, de sangre caliente, afectiva, defensiva*, que aparece como respuesta a una amenaza/agresión, real o imaginaria.

Se concibe como una respuesta impulsiva, involuntaria, automática, emocional y excitable ante estímulos externos, que se vivencian como negativos o amenazantes. No media un proceso reflexivo sobre las consecuencias de sus actos y va acompañada de elevado arousal o activación simpática.

(b).- Violencia instrumental o *premeditada, proactiva, de sangre fría, controlada, calculada, ofensiva, predatoria* cuando se usa para obtener unos objetivos concretos como una recompensa, un beneficio o una ventaja.

La violencia es un instrumento para obtener algo deseado, sin mediar provocación o alteración de las emociones, sino fría y planificada, basada en el conocimiento. Anticipa unas consecuencias positivas y se caracteriza por bajo arousal o activación simpática.

Se acepta la existencia de estados intermedios entre ambos tipos de violencia, con componentes mixtos. La agresión hostil puede tener un cierto grado de planificación y la violencia instrumental puede estar asociada a la ira, la hostilidad y la impulsividad (Ramirez 2009).

#### (I) Según la motivación (Galtung 2003).

-Violencia directa: visible, con un agresor que dirige una violencia contra una víctima y ambos son claramente identificables. El daño puede ser ejercido, de forma directa o indirecta, con un instrumento o arma.

-Violencia estructural: se trata de un tipo especial de violencia, de tipo “invisible”, equivalente a injusticia social y radica en los procesos de estructuración social (desde la sociedad, la familia o las interacciones individuales). No necesita de ninguna forma de violencia directa para que tenga efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad y/o libertad de las personas. No hay un agresor identificable o no se puede precisar quién es la víctima.

-Violencia cultural: es una forma de violencia simbólica y persistente en el tiempo. Según Galtung, anida “en la religión y la ideología, en el lenguaje y el arte, en la ciencia y en el derecho, en los medios de comunicación y en la educación”. Su función es legitimar las otras violencias, la directa y la estructural.

#### (J).- Erich Fromm (en Carrasco y Maza 2011) distingue:

-Violencia juguetona o lúdica: Considerada como la más normal y menos patológica, surge como ostentación de fuerza y de poder y no es destructiva ni busca la muerte. No está inspirada en el odio ni impulsos destructivos.

-Violencia colérica reactiva: es útil en la defensa de la vida, de la libertad, de la dignidad y de valores considerados como básicos de la humanidad. Tiene sus raíces en el miedo, las amenazas, reales o imaginarias, conscientes o inconscientes.

-Violencia vengativa: surge como venganza por un daño, insulto o ataque. Es una agresión maligna, ojo por ojo y basada en impulsos que le mueven a matar, torturar o aniquilar a individuos de su misma especie.

-Violencia compensadora: tiene una función de sustitución ante la impotencia, entendida como incapaz para trascender, la falta de actividad productiva, la invalidez, la discapacidad, etc. Con ella se veng de la vida, porque ésta se le niega y la destrucción de la vida y de las cosas encierra transcendencia.

### **1.3.- Modelos explicativos de la violencia**

La violencia es un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, culturales y sociales. No existe una explicación sencilla para el problema de la violencia y no puede ser atribuido a factores causales aislados.

Hay una multiplicidad de teorías que intentan explicarla. Cada una se ocupa de un aspecto concreto, con riesgo de perder la visión general de un problema tan complejo.

Tradicionalmente, el estudio de la violencia, se ha hecho desde dos posiciones teóricas: (a) la causa de la violencia está en la sociedad (b) el origen de la violencia está el individuo.

La aproximación a la violencia desde lo ambiental se ha hecho desde el entorno microsocioal (experiencias infantiles de violencia, falta de atención, cuidados y abandono, lazos sociales frágiles y bandas juveniles, por ejemplo) macrosocioal (influencias subculturales, aceptación social de la violencia y pobres condiciones económicas) y modelos multifactores.

Las teorías individuales abordan variables biológicas (genética, neurológica, bioquímica, neuroendocrina...) psicológicas (instintos, impulsos, aprendizaje social, pensamiento, valores, control de la ira, etc) y psicopatológicas (enfermedades mentales y síntomas psicopatológicos y consumos de alcohol y drogas, entre otros).

Finalmente, han surgido teorías psicopsicología desde la combinación de factores individuales en el entorno social. Es impensable, en la actualidad, basar la conducta únicamente en el sustrato biológico, pero tanto como negar la importancia de una base biológica que media en todos los procesos de conducta, emociones, cognición y aprendizaje.

Son muchísimas las teorías que abordan el problema de la violencia. Una relación exhaustiva es imposible, con lo que se van a señalar solo algunas de ellas.

#### **1.3.1 Teorías sociológicas de la violencia**

Garrido y Redondo (2013) recopilan las teorías sociológicas más significativas.

La violencia y la delincuencia comparten muchos planteamientos teóricos, aún considerando que no son términos equivalentes. No todos los delitos son violentos. La criminología parte de la observación del papel que tienen los factores sociales en los delitos.

Quetelet se dio cuenta, a mediados del siglo XIX, de la existencia de variables ambientales que explicaban la criminalidad, como la pobreza, las aglomeraciones de las ciudades o el clima. Formuló diferentes hipótesis, como la *teoría térmica de la delincuencia* que vincula el aumento de la temperatura del verano con el aumento de los homicidios.

Emile Durkheim (1858-1917) analiza el papel del control y de la desviación social y la adaptación de las personas a los valores del grupo de pertenencia, siendo los valores grupales los que modulan la conducta individual. Entiende la delincuencia como un fenómeno normal de los procesos de cambio de social, donde se contraponen la diversidad individual y la presión colectiva para la conformidad. La delincuencia forma parte de los procesos grupales y es el precio que tiene que pagar la sociedad para abrirse al cambio y la innovación.

El Departamento de Sociología de la Universidad de Chicago parte de la idea de que la conducta humana es aprendida y definió la violencia como una manifestación de patología social. Shaw y McKay describieron el “*contagio social*” de la delincuencia (de forma análoga al contagio de las enfermedades físicas). Las personas que viven en entornos de delincuencia se “contagian” de estos comportamientos y valores.

La *teoría de la asociación diferencial* de Edwin H. Sutherland, considera que la conducta delictiva es aprendida, durante procesos de comunicación, en el contacto social con otras personas, El concepto de *asociación diferencial* implica que una persona se convertiría en delincuente a partir del contacto, excesivo, con definiciones favorables a la delincuencia, por encima de conexiones con definiciones contrarias a ella.

Según el modelo del *aprendizaje social vicario*, de Bandura y Walters, las personas aprenden conductas por observación e imitación. Una conducta agresiva aprendida por imitación se extingue si no es recompensada.

El aprendizaje sigue una secuencia:

- (a) Adquisición de la conducta.
- (b) Reproducción e instigación de la conducta.
- (c) Mantenimiento de la conducta:

-Por reforzamiento directo externo, al obtener consecuencias directas positivas.

-Reforzamiento vicario por observación de las consecuencias positivas obtenidas por otra persona.

-Autorreforzamiento.

-Neutralización del autocastigo.

Partiendo del modelo de Bandura, se desarrolló el *modelo de aprendizaje social* de Akers (2006) y Akers and Sellers (2004) que considera que en el aprendizaje del comportamiento delictivo intervienen cuatro mecanismos interrelacionados: 1) la asociación diferencial con personas que muestran hábitos y actitudes delictivos, 2) la adquisición por el individuo de definiciones favorables al delito, 3) el reforzamiento diferencial de sus comportamientos delictivos y 4) la imitación de modelos pro-delictivos.

La *Teoría de la privación y de la desigualdad* vincula la violencia a la marginación y pobreza percibida, generadora de ira y frustración. Este modelo sirve para explicar la grave violencia en lugares con grandes diferencias sociales, como las favelas de Sao Paulo y grandes urbes de Sudamérica (Neumayer 2003).

La *Teoría de las elecciones* predice que el realizar, o no, un acto violento es una decisión basada en el balance entre costes y beneficios. En esta teoría es importante la probabilidad del arresto y condena y el efecto disuasorio de la pena de muerte (Neumayer 2003).

### **1.3.2.- Teorías de la violencia desde modelos individuales**

#### **1.3.2.1.-Biologicistas**

Los biologicistas parten que la conducta humana no surge de la nada, sino de una estructura biológica y funcional que ha evolucionado a lo largo de los siglos, y se ha ido adaptando a cambios en el medio ambiente.

Cesare Lombroso (1835-1909) aplicó el método científico para el estudio de la criminalidad y describió al *criminal nato*, cuya violencia era el resultado de un desarrollo evolutivo incompleto, evidente a través de elementos físicos o atavismos. Describió al criminal como un hombre salvaje y primitivo, de talla alta, buena salud aparente, abundancia de sus cabellos, pasiones primitivas, pereza, sed de orgía y de venganza, tendencia a los vicios como la bebida, tabaco y drogas.

Como el “criminal nato” no tenía remedio, se le encerraba de por vida para proteger a la sociedad. Hay otros delincuentes con menor carga biológica como el “delincuente epiléptico” y el “loco moral”.

Lombroso estableció el determinismo criminal y sus teorías fueron duramente criticadas, pero abrió una línea de investigación sobre la “predestinación” a la violencia por causas hereditarias (Garrido y Redondo 2013).

Las teorías biológicas, reformuladas desde planteamientos más flexibles, han recobrado interés a través de la genética y las neurociencias.

#### **(1).-Neurotransmisores y Genética**

Los estudios genéticos de la violencia partieron del estudio de gemelos y de niños adoptados. Los gemelos mono y dizigóticos se utilizaron porque comparten elementos genéticos y, en muchos casos, ambientales. La concordancia, es el grado de comportamiento compartido en dos gemelos. Si la herencia influye sobre el comportamiento, y ambos se han criado en el mismo ambiente, sería de esperar que los gemelos monozigotos tuvieran un mayor nivel de concordancia en la conducta que los gemelos dizigotos (Garrido y Redondo 2013).

Un trabajo muy importante, con niños adoptado, fue hecho por Mednick (1995 en Raine 2013) estudiando la influencia de los padres biológicos y de los padres adoptivos.

Vivir en un ambiente adoptivo desfavorable se reflejaba en una tasa de delincuencia de 13,5-14% en los hijos, pero si el padre biológico también es delincuente, la tasa de delictiva en los hijos es del 20%. Cuando ambos padres, biológicos y adoptivos, eran delincuentes, se producía un efecto multiplicador en la delincuencia de los hijos (Lykken 2000).

La genética explica el 44% de la varianza de la agresividad, el ambiente compartido el 6% y el ambiente no compartido el 50% (Rhee and Waldman 2002), aunque los

hallazgos parecen variar con la edad; en muestras de adultos, el peso de la genética oscila entre el 0-48% con una media del 26% (Rebollo et al. 2010).

La impulsividad, la ansiedad y la agresión se relacionan con circuitos cerebrales, cortical-subcortical, regulado por el sistema neuromodulador y hormonal. Siguiendo el modelo clásico, la violencia impulsiva correlaciona con una disminución en la serotonina y una hiperactividad dopaminérgica (Alcaraz et al. 2010).

La serotonina participa en regulación de la agresividad, a nivel de la región orbital frontal y la corteza cingulada anterior, a través de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> y 5-HT<sub>2C</sub> (Siever 2008), entre otros. El sistema serotoninérgico implica el funcionamiento de redes neuronales, de tipo sensorial, perceptivo, motor, cognitivo, emocional, cuya disregulación contribuye a la aparición de síntomas como la ansiedad, la depresión y la agresividad. La interacción del sistema serotoninérgico con otros sistemas de neurotransmisión es muy complicada, entre ellas el sistema de las catecolaminas y oxitocina, el glutamato (excitatoria) y el sistema GABA-érgico (inhibitorio).

Una parte significativa de los estudios se ha centrado en los genes que codifican las enzimas principales del metabolismo de la serotonina en el cerebro, la triptófano-hidroxilasa y la MAO (Rebollo et al. 2010).

Existen dos subtipos enzimáticos de la MAO (monoamino-oxidasa), el A (MAOA) que metaboliza principalmente la serotonina y la norepinefrina y el B (MAOB) que metaboliza sobretodo la bencilamina y la feniletilamina. Los genes que los codifican están localizados en el cromosoma X, y se han estudiado especialmente los relativos a la MAOA. El polimorfismo de la monoaminooxidasa A (MAOA) y el sistema transportador de la serotonina (5-HTT) parecen ser muy importantes por su papel en la anatomía del sistema límbico y la agresividad de las personas

El polimorfismo del enzima (MAOA), se identifica como un elemento de susceptibilidad biológica ante el maltrato. En niños maltratados, solo los portadores de un nivel bajo de actividad del enzima MAOA y portadores del alelo-S del 5-HTT (proteína transportadora de la serotonina), desarrollan clínica antisocial posterior (Caspi et al. 2002)

Los individuos con un riesgo biológico parecen especialmente vulnerables al efecto de la adversidad psicosocial. Estos hallazgos se han replicado con posterioridad (Kim-Cohen et al. 2006), confirmando el papel mediacional de la MAOA entre la exposición a la violencia temprana y la conducta antisocial posterior. El polimorfismo y la hiperactividad del alelo VNTR del gen MAOA se ha asociado a la impulsividad e inestabilidad emocional (Ni et al. 2007).

La baja expresividad del gen MAOA y del gen CDH13, que codifica una proteína de membrana neuronal, se ha asociado con la violencia extrema (Tiihonen et al. 2015).

Se ha estudiado la disregulación emocional, impulsividad y agresividad relacionado con otros sistemas génicos, entre ellos:

-El polimorfismo genético que codifica la proteína transportadora de la serotonina 5-HTT, el 5-HTTLPR, o SLC6A4 (Caspi et al. 2010). La variable homocigota del alelo (s) del gen 5-HTTLPR está relacionado con la impulsividad y agresividad (Maurex et al. 2010).

-La enzima COMT (catecol O-metiltransferasa), a través del polimorfismo Val/Met participa en la regulación de la concentración de dopamina a nivel frontal. El alelo Met158



y el ser portador de alelos monocigotos Met/Met se ha encontrado relacionado con las conductas violentas (Bhakta et al. 2012).

-El polimorfismo de la proteína presináptica SNAP 25 (alelos MnlI T/T and Ddel T/T) se ha relacionado con la impulsividad de los trastornos de personalidad y de la esquizofrenia y el gen C-521T, del receptor D4 de la dopamina parece implicado en la búsqueda de emociones y la impulsividad (Basoglu et al. 2011).

Desequilibrios entre el sistema testosterona/serotonina y testosterona/cortisol (incrementos en los niveles de testosterona, con descensos del cortisol) incrementan la probabilidad de activación del sistema neural subcortical en decremento del sistema modulador del control de impulsos y autorregulación (Pavlov et al. 2012).

Se estudia el papel de hormonas: esteroides androgénicos (masculinos) y estrogénicos (femeninos), oxitocina, dopamina, glutamato, GABA, entre otros neurotransmisores vinculados a la violencia y enzimas como la citocromo P450 aromatasa.

En las investigaciones con modelos animales se ha evidenciado el significativo papel de la vasopresina y la oxitocina, tal que la abrumadora evidencia relaciona la vasopresina, en ciertas áreas cerebrales, con la conducta agresiva/proactivas mientras que la oxitocina se relaciona con las conductas pasivo/reactivas. Una de las áreas cerebrales más significativas en el control de estos neuropéptidos es el núcleo central de la amígdala (Hubber et al. 2005), aumentando el nivel extracelular de ambos en situaciones de estrés (Boer et al. 2015).

Los últimos hallazgos bioquímicos y neurológicos contradicen la teoría de las funciones únicas de los neurotransmisores, por ejemplo la serotonina, con función inhibitoria de la agresividad. Poco a poco, se está yendo hacia modelos que inciden sobre el papel regulador/modulador de los neurotransmisores en la agresividad y otras conductas (Boer et al. 2015).

## (2).-Neurológicos:

En el cerebro se han buscado cuáles son las áreas cerebrales y los neurotransmisores determinantes de la conducta, cuyo conocimiento ha avanzado gracias a las nuevas técnicas de neuroimagen, como la tomografía por emisión de positrones.

El conocimiento es todavía impreciso e incompleto pero existe la convicción de que no hay una única área anatómica o sistema cerebral relacionado con la violencia.

Una de las áreas cerebrales más significativas en la violencia es el córtex prefrontal, región anatómica de desarrollo filogenético y ontogénico más reciente y, que representa alrededor del 30% del neocórtex.

Las funciones ejecutivas (FE) se han definido como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orientan a la resolución de conductas complejas. Las tareas ejecutivas están controladas por áreas como los núcleos orbitofrontal y ventro medial del cortex prefrontal y áreas subcorticales como el hipocampo y la amígdala.

La amígdala es un lugar de inicio de estímulos o impulsos que son enviados hacia la corteza, a través del hipocampo. La impulsividad está relacionada con la violencia, la hiperactividad, el alcoholismo, el suicidio y la conducta adictiva (Alcaraz et al 2010). La

amígdala desempeña, además, un papel importante en el reconocimiento de los estímulos afectivos y socialmente significativos.

En psicópatas “fracasados” se ha encontrado una reducción del volumen de la amígdala bilateral, mientras que la reducción es más ligera en los psicópatas con “éxito” (Yang et al. 2010).

El tálamo es una región intermedia entre las regiones subcorticales y corticales junto al cíngulo anterior y al giro posterior, áreas que participan en la modulación y regulación conductual.

El hipotálamo anterior elicit conductas agresivas, mientras que el hipotálamo posterior las inhibe (Oliver et al 1983 en Boer et al. 2015). El cortex prefrontal se comunica por medio de fibras glutamérgicas con el hipotálamo anterior, la amígdala medial, el área tegmental ventral y los núcleos dorsales del rafe, entre otros. La acción inhibitoria de la agresividad también se transmite caudalmente desde el septum lateral hacia el tálamo anterior. Se trata de una vía dismorfica para cada género en relación a la densidad de la vasopresina.

El hipotálamo se configura como una estructura fundamental en el ajuste y adaptación conductual, del medio interno y del sistema de activación autónoma. En base a las investigaciones (Boer et al. 2015) se ajusta y reajusta de forma continua según las necesidades internas y externas. Para ello, el hipotálamo se relaciona con múltiples núcleos nerviosos de los que recibe aferencias y envía eferencias (área tegmental ventral, núcleo dorsal premamilar, entre otros) para tener una información precisa y tomar rápidamente decisiones, sobre las conductas apropiadas en cada caso.

En el conocimiento de las bases biológicas de la violencia, han sido fundamentales los trabajos de Adrian Raine, con técnicas de tomografía de emisión de positrones (PET). Encontró, en una muestra de homicidas, una hipofunción del cortex prefrontal, comparado con una muestra control (Raine 2013).

Raine vincula el deterioro prefrontal con:

A nivel conductual con conductas de riesgo, irresponsables, antinormativas y violentas.

A nivel de personalidad conlleva multitud de cambios, como impulsividad e incapacidad para inhibir conductas inapropiadas.

A nivel social emerge la inconsciencia, pérdida de tacto y ausencia de juicio social con falta de habilidades sociales.

A nivel cognitivo una pérdida de flexibilidad intelectual y peor capacidad para la solución de problemas.

En muestras de homicidas, hay dos tipos de funcionamiento prefrontal según el tipo de violencia que muestran: los que exhiben una violencia instrumental y premeditada, con un funcionamiento prefrontal conservado, mientras que la violencia más reactiva e impulsiva correlaciona con un déficit del área ventral prefrontal (Raine 2013).

Pero todos los homicidas, de un tipo u otro, comparten una hiperactividad de la región subcortical derecha, del sistema límbico y la amígdala, frente al grupo control.

Esto significa, que con el área prefrontal normofuncionante la agresividad desencadenada por el sistema límbico es inhibida o vehiculizada hacia formas de violencia más planificadas y de la que el individuo puede obtener un beneficio.

Por el contrario, los homicidas reactivos, con un funcionamiento prefrontal defectuoso son incapaces de controlar su ira y se dejan arrastrar por una tormenta de afectos y de conductas destructivas. Ha encontrado una reducción del 11% de la materia gris prefrontal en personas con un trastorno antisocial de la personalidad, que corresponde el 9% al área orbitofrontal, el 16% del núcleo ventro-medial derecho y el 20% a la zona media del lóbulo frontal medio derecho. No está afectado el volumen cerebral global.

La planificación de un homicidio, no excluye que haya un componente de descontrol en las acciones (Raine 2013).

Pero la violencia, no se reduce solo a al lóbulo prefrontal y el sistema límbico. Se ha identificado una participación del: giro angulado, que es un área de integración de múltiples tipos de información, del hipocampo que controla el sistema límbico y participa en el condicionamiento al miedo y el cíngulo posterior, entre otros. Existe una clara diferenciación de géneros en la violencia que parece tener un correlato anatómico. El cerebro masculino es un 8-10% mayor que el femenino, con una reducción del 12,6% del volumen de la materia gris del núcleo orbitofrontal comparado con las mujeres. También se han encontrado diferencias en el hipotálamo y cuerpo calloso, vinculadas a las hormonas sexuales y los neurotransmisores (Raine 2013).

El cortex prefrontal y la amígdala están asociados por el fascículo uncinado, que se ha demostrado estar alterado en niños con conductas muy impulsivas y en pacientes con una personalidad borderline.

Raine et al (2003) ha demostrado alteraciones del volumen del cuerpo calloso en personalidad psicopáticas, respecto del grupo control.

Recientes descubrimientos de las “neuronas espejo” se relacionan con la vivencia de la empatía. La empatía es un poderoso inhibidor de la violencia y la crueldad, hipotetizándose que las alteraciones en las neuronas espejo pueden estar presentes en agresores violentos y, en la génesis de la conducta psicopática. Las neuronas espejo se asocian con la ínsula anterior y de la corteza cíngulada anterior (Alcaraz et al. 2010).

Pero, según se avanza en la investigación y el conocimiento, desde formulaciones simples se ha evolucionado hacia modelos complejos de redes de activación e inhibición de la conducta, donde participan múltiples áreas neurológicas interconectadas, con participación de neurotransmisores y hormonas a distintos niveles.

Los sistemas neurológicos y neuromoduladores no parecen específicos de funciones concretas sino que participan en tareas múltiples, de activación diferencial en función de los estímulos externos y el nivel de motivación interna, que activan diferentes receptores. Un mismo receptor puede participar en tareas de activación o de inhibición de un estímulo, dependiendo de factores múltiples. Por eso, huyendo de las visiones simplistas la investigación parece caminar hacia visiones más globales de funcionamiento de modulación de las redes neuronales. Un mismo circuito neurológico, por ejemplo el área prefrontal, participa tanto en la activación como en la inhibición de los comportamientos (Boer et al. 2015).

Aunque parece que se han identificado cuales son las áreas neurológicas que participan de las conductas agresivas, el funcionamiento preciso de estas áreas es aún parcial. Según se dispone de técnicas de imagen más precisas se están identificando subáreas anatómicas, fundamentales para dicho conocimiento, como los recientes subdivisiones de la amígdala (Rosell and Siever 2015).

### **1.3.2.2.-Modelos psicológicos**

#### **(A).-Desde la posición psicoanalítica**

El concepto de agresión ocupa un lugar importante dentro de las teorías psicoanalíticas, ya que lo conceptualiza como un elemento fundamental de la psique.

Para Freud los seres humanos están constitucionalmente dotados de fuerzas motivacionales, que denominó pulsiones o instintos. Inicialmente consideró la existencia de una sola fuerza, la llamada libido o pulsión de vida. A partir de 1920, después de la Primera Guerra Mundial y ante la evidencia de la capacidad de destrucción humana, propuso la existencia de una segunda fuerza: la pulsión de muerte. Una y otra constituyen sistemas motivacionales básicos e inconscientes, implicados en todos los conflictos, y que actúan en todos los niveles del desarrollo y, por lo tanto, a lo largo de la vida.

La violencia es pues, para Freud una fuerza instintiva, presente en toda actividad humana y básicamente inevitable (“El Malestar de la cultura” 1929), al estar situado el impulso de muerte dentro de un sistema motivacional primario.

La culpa surge de la ambivalencia en la lucha del Eros o impulso libidinal y el Tánatos, pulsión de muerte que da pie a la agresión. La agresión, a su vez, da paso a la culpa al colisionar con las demandas del Superyo y la ley internalizada.

Freud en el “Yo y el Ello” (1923) observa que el instinto de muerte se anula parcialmente al fusionarse con elementos libidinales. Otra parte se proyecta hacia el mundo externo en forma de agresión (Klein 1957).

Dentro del psicoanálisis contemporáneo, se ha desarrollado una línea teórica clave llamada Teorías de las Relaciones Objetales, que destaca cómo las relaciones interpersonales generan representaciones en nuestra mente que acaban constituyendo una estructura de nuestro mundo interno y determinando buena parte de nuestra vida psíquica.

La relación de objeto primordial y fundante es la que se establece con la Madre o su sustituto. Edith Jacobson (1964) se refiere a este contexto objetal como el “mundo representacional” y, posteriormente, Joseph Sandler (1976 en Gonzalez Torres 2014) amplía el concepto destacando como, pulsiones y deseos, forman parte, también, de ese mundo objetal de las interacciones del self con los otros.

La Teoría de las relaciones objetales asume una serie de etapas de desarrollo de la psique sobre la base de una relación diádica entre la madre y el hijo, para lo cual es necesario un objeto interno (poseedor de pulsiones libidinales y agresivas) y un objeto externo real, la madre. Las fantasías son las representaciones psíquicas de los instintos, mientras que las defensas son los mecanismos que inhiben o controlan esos instintos.

Melania Klein (1957) supone que en estadios iniciales del desarrollo inicial hay una actividad incipiente del yo, con una interacción variable entre las pulsiones libidinales y las agresivas, fusión entre instinto de vida y de muerte. En estados de ausencia de hambre o de tensión, hay un equilibrio entre las pulsiones, que se altera ante carencias, internas o externas, y las pulsiones agresivas se refuerzan. Un mecanismo de defensa primitivo para manejar ambas pulsiones es la escisión, que ayuda a superar, y por tanto a manejar con mayor eficacia los aspectos buenos y malos del objeto y del propio self.

Los objetos percibidos como llenos de maldad poseen un carácter terrorífico y persecutorio, creados a partir de los propios impulsos y fantasías agresivas del bebé. Un mecanismo de proyección desvía la propia agresividad hacia los objetos internos (y formará el Superyo temprano) y los objetos externos. Los procesos de escisión y los procesos de proyección, son de vital importancia para el desarrollo de las relaciones objetales. En esta línea teórica, que parte del pensamiento de Melania Klein, a la primera etapa del desarrollo se le llama esquizo-paranoide (mundo externo cargado de peligro y agresión hacia el yo). La maduración del psiquismo permite una evolución posterior hacia la etapa o posición depresiva, más integrativa y sana.

Esta etapa implica la superación de la escisión entre lo positivo y lo negativo. El niño percibe que el objeto que ama y que odia es el mismo y por tanto, todo objeto incluye aspectos positivos y negativos. La percepción de la agresión lanzada contra el objeto materno generará, entonces, culpa y temor a haber destruido el objeto materno.

Melania Klein recoge la visión de Abraham (1943 citado en Klein 1957) que relaciona la ansiedad y la culpa con los deseos canibalísticos, reconociendo la existencia de impulsos y fantasías sádicas que convergen en los primeros estadios del desarrollo. A las ansiedades persecutorias se añade la culpa procedente de los impulsos agresivos del bebé contra el objeto amado, interno y externo. Diferencia entre culpa persecutoria y depresiva, siendo la persecutoria la derivada del temor a la aniquilación del Yo, mientras que la culpa depresiva se relaciona con el daño hecho a los objetos amados internos y externos, por los impulsos destructivos del sujeto.

El SuperYo femenino surge de la línea de pensamiento de la identificación de la niña con el fantasma de la madre, en sus aspectos tanto crueles, como cariñosos. En la identificación inicial predomina el nivel anal-sádico y forma un SuperYo cruel a la manera de la imagen materna.

Para Kernberg (1992) todos los afectos gratificadores se unen en la pulsión de vida y todas las frustraciones se unen en la pulsión de muerte, en un sistema motivacional jerárquico supraordenado. El sistema motivacional construido a partir de disposiciones afectivas participa en los conflictos intrapsíquicos inconscientes, en estados normales y patológicos. La libido y la agresión no son innatos sino que se desarrollan, maduran y se manifiestan a través de sus componentes afectivos, según una línea de investimento libidinal o agresiva.

Las capas más profundas de la experiencia psíquica están representadas por picos afectivos de calidad positiva o negativa, donde las relaciones entre el self y los otros están internalizadas, en una memoria afectiva específica, que busca el acercamiento hacia lo positivo y gratificante y de evitación de las condiciones negativas, marcadas por afectos negativos (Kernberg 2012).

En fases tempranas de internalización, las memorias afectivas positivas y negativas, se construyen de forma separada y más adelante, son escindidas o disociadas. Los estados afectivos positivos y negativos evolucionan en dos áreas, mutuamente separadas, una idealizada y otra paranoide o persecutoria.

La evolución normal es hacia una integración posterior de ambos segmentos afectivos, favorecido por el desarrollo de capacidades cognitivas y el aprendizaje de aspectos realistas del self y de los otros (Kernberg 1992 y 2012). El narcisismo normal, investimento libidinal del Yo, integra el componente libidinal con el agresivo, dentro del concepto del self (el Yo), mientras que en las patologías narcisistas, hay una integración

deficitaria entre lo agresivo y lo libidinal, con persistencia de estructuras escindidas y disociadas del self y de los objetos internalizados (Kernberg 2012).

En patologías narcisistas hay un predominio cuantitativo de la agresión en los conflictos inconscientes profundos, una envidia profunda y destructora. La agresión como pulsión se organiza a partir de las primeras experiencias de rabia, que son reacciones afectivas inmediatas frente a la frustración o el dolor. A partir de la rabia primitiva es posible la elaboración de escalones sucesivos de elaboración del odio, que es el afecto agresivo secundario permanente y estructurado, que busca la destrucción del objeto frustrante y si esto no basta, la destrucción de la realidad (psicopatología del odio).

En las personalidades gravemente patológicas, el narcisismo se combina con tendencias paranoides y antisociales conformando el narcisismo maligno. En la personalidad antisocial la agresión normalmente reprimida, disociada o proyectada, infiltra el Yo patológico, con un predominio claro de la agresión sobre el amor en el investimento del si mismo y de los demás (Kernberg 1992).

### (B).-Teoría de la frustración

Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears (1939 en Ramirez 2009) propusieron que la agresión es una conducta que surge cuando hay un impedimento para alcanzar una meta u objetivo.

La *teoría de la frustración* dice que cualquier agresión puede ser atribuida a una frustración previa, existiendo siempre una causa externa que provoca el bloqueo de la meta. La frustración genera un impulso agresivo que lleva al ataque o destrucción del obstáculo. Se espera que el grado de frustración sea proporcional al grado de agresión.

Berkowitz, (1993 en Carrasco y Gonzalez 2006) reconceptualiza la teoría de la frustración y elabora la *teoría de la señal-activación* que entiende que existe una frustración, como reacción emocional interna, que surge ante la contrariedad. Además del obstáculo externo para lograr la meta, intervienen los procesos cognitivos que interpretan la situación como amenazante. El estado emocional generado es como una red de sentimientos, pensamientos concretos y respuestas organizadas que generan violencia.

En el proceso cognitivo mediacional interviene la interpretación que hace la persona sobre todo ello y la experiencia previa, que puede modular o inhibir la respuesta agresiva. No siempre actuaremos agresivamente ante una situación frustrante.

### (C).-Teoría del procesamiento de la información

A partir de los años 80, surge la concepción del ser humano como un procesador de información, utilizando la analogía entre la mente y el funcionamiento de las computadoras.

Desde este modelo teórico se intenta explicar la conducta agresiva y la violencia, como una respuesta generada por los déficits en el procesamiento de la información.

Así, en *Modelo del Procesamiento de la Información*, de Dodge et al (1987 citado en Carrasco y Gonzalez 2006) las personas agresivas tienden a procesar la información de forma distinta a las no agresivas. Atienden selectivamente las señales de hostilidad o amenaza y malinterpretan la conducta de los demás, respondiendo de forma agresiva o, utilizan herramientas ineficaces, para solucionar los problemas cotidianos.

Pakaslahti (2000) analiza el comportamiento de niños agresivos, cuya conducta es diferente de la de los niños normales, recopilando las posibles disfunciones en cada una de las fases del procesamiento de la información.

#### (D).-Teoría de los rasgos

Numerosos estudios han estudiado el comportamiento humano desde la estructura estable de la personalidad.

Desde la teoría de los rasgos de personalidad de Cloninger, 1987; Eysenck, 1977 y de McCrae y Costa, 1985 (citados en De la Peña Fernández 2010) se ha intentado explicar las diferencias entre las personalidades violentas y no violentas.

La teoría de de Eysenck y Eysenck (1978) se basa en la descripción de tres rasgos: neuroticismo, extraversión y psicoticismo. La *impulsividad* es un constructo psicológico sin una definición precisa que remite a una conducta en la que no se valoran bien las consecuencias. Es un estilo rápido o precipitado de comportarse, con dificultades para planificar y controlar el propio comportamiento.

La impulsividad, en una definición amplia (impulsividad como asunción de riesgos, no planificación e irreflexión) correlacionaría positivamente con la extraversión, el psicoticismo y la delincuencia. En una definición más restringida correlacionaría positivamente con el neuroticismo y el psicoticismo.

Un aspecto especial de la impulsividad, es la incapacidad del sujeto para diferir la gratificación (McCown y DeSimone, 1993 y Roberts y Erikson, 1968 citados en De la Peña Fernández 2010). Son características que incrementarían la probabilidad de aparición de conductas antisociales y violentas.

La teoría de cinco grandes o Big-Five de McCrae y Costa (1985) utiliza cinco rasgos: amabilidad, apertura a la experiencia, neuroticismo, extraversión y responsabilidad. Las personas más violentas parecen tener niveles más bajos de *responsabilidad, amabilidad* (John et al., 1994 en De la Peña Fernández 2010) y *apertura a la experiencia* (Del Barrio 2004).

La *búsqueda de sensaciones* es un rasgo que representa la necesidad de buscar y experimentar sensaciones novedosas, variadas y complejas, de las que pueden derivarse riesgos físicos y/o sociales (Zuckerman, 1979 en De la Peña Fernández 2010). Se relacionaría con la extraversión, la carencia de acuerdo con las normas sociales, la irresponsabilidad y el bajo auto-control.

La *empatía* es el inhibidor más importante de la violencia y es un rasgo deficitario o inexistente en las personalidades antisociales. Se ha definido como una respuesta afectiva para la aprehensión y comprensión del estado emocional del otro (Eisenberg et al., 1996 en De la Peña Fernández 2010) o la capacidad para “ponerse en lugar” del otro.

### **1.3.2.3.-Modelos Integradores**

Hoy día es impensable hacer estudios de la violencia o interpretarla desde un modelo causal simple. La tendencia es a considerar que la violencia es el resultado de la interacción entre factores biológicos e individuales con factores ambientales.

#### **(1).- El modelo ecológico**

La perspectiva ecológica fue introducida a finales de los años setenta (Garbarino J, Crouter A. 1978 Bronfenbrenner V. 1979 citados en el informe de la OMS 2002), para explicar el maltrato de los niños, aunque pasó a ser utilizado en el estudio de modelos generales de violencia.

Los modelos ecológicos (Belsky 1980 en Guacimara et al. 2006) exploran la relación entre los factores individuales y contextuales, siendo la violencia el producto de muchos niveles de influencia. El comportamiento, surge de la acomodación progresiva del organismo a su medio ambiente inmediato, influido por entornos físicos y sociales, más remotos y globales.

Se defiende una concepción topológica, en que el ambiente ecológico está formado por una serie de estructuras concéntricas, de la más cercana a la más lejana de la persona. Cada estructura externa está contenida en la siguiente, con la que se relaciona y se influye mutuamente.

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo y de protección frente a la violencia, que operan dentro de la familia, del ámbito social, cultural y económico (OMS 2002).

El primer nivel del modelo lo forma *la persona*, con sus factores biológicos, la historia personal, los rasgos de personalidad, el nivel educativo, los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. Las características del individuo pueden aumentar la probabilidad de ser víctima o de provocar actos de violencia.

Moviéndonos desde los niveles más pequeños a los más grandes, se incluyen los siguientes sistemas externos:

a) *El Microsistema o contextos inmediatos*. Son las actividades, roles e interacciones que la persona en desarrollo experimenta en un entorno inmediato como el hogar o la escuela. El ambiente familiar es crítico para modelar los primeros esquemas y modelos de conducta.

b) *El Mesosistema*. Se trata de un conjunto de interrelaciones, de dos o más entornos, en los que realmente participa la persona, como la relación entre familia y escuela, trabajo y vida social. Desde este nivel se estudia el apego de los padres con los hijos, o la influencia sobre el apego como el apoyo social, el nivel educativo de los padres o el uso de la violencia sobre los hijos.

c) *El Exosistema* es el entorno social donde el niño no participa directamente pero que influyen sobre las personas, como los medios de comunicación y la influencia de la televisión.



Se han identificado como variables importantes los cambios de residencia, la heterogeneidad y densidad de población o los problemas sociales de alto desempleo, tráfico de drogas o aislamiento social generalizado.

Las investigaciones sobre la violencia muestran que, determinados ámbitos comunitarios, favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o donde hay poco apoyo institucional (OMS 2002).

d) *El Macrosistema*. Se trata de los amplios valores culturales y sistemas de creencias, relacionadas con las conductas agresivas y con los distintos roles y relaciones sociales que ejercen una marcada influencia en los comportamientos violentos.

## **(2).- Propuesta de A. Raine (2013):**

El mayor reto de la investigación actual está en determinar el *si, el cómo* y el *cuándo* los determinantes biológicos interactúan con los factores sociales para favorecer la emergencia de conductas violentas.

Las posibles interacciones entre la biología y el ambiente son (Garrido y Redondo 2013):

- (a) Una persona biológicamente normal, con un aprendizaje adecuado y sin factores ambientales negativos. En este supuesto la probabilidad de conducta criminal parece baja.
- (b) Persona sobre una base biológica normalizada pero en un ambiente social inadecuado o inestable.
- (c) Que existan, en la persona, dificultades biológicas, ya sean neurológicas o del aprendizaje, pero esté en un medio social adecuado y estable.
- (d).-Que ninguno de los sistemas funcionen, probabilísticamente el riesgo de violencia es alto.

Adrian Raine propone, tras una revisión de las evidencias empíricas, un modelo complejo o bio-social del comportamiento violento y que incluye elementos genéticos, psicofisiológicos, obstetricos, neuropsicológicos, neurológicos, hormonales, de neurotransmisores y de toxinas ambientales. Es un modelo en el que incluye tanto factores de riesgo como factores protectores de la violencia.

Propone dos perspectivas alternativas:

1.-La “hipótesis de la interacción” entre factores biológicos y ambientales. Cuando ambos sistemas no funcionan o hay factores de riesgo en ambos, ocurre una sinergia que crea un riesgo exponencial de violencia futura.

La interacción entre factores de riesgo es especialmente importante en etapas precoces del desarrollo, especialmente cuando hay un daño neurológico orgánico o una disfunción neurológica.

2.- La perspectiva del “empuje social” que intenta explicar la emergencia de violencia cuando solo están presentes factores de riesgo de uno de los elementos: lo biológico o lo social.

En estos casos, el resultado de la interacción de los dos elementos puede ser: 1.- que aparezca la conducta violenta 2.-que no aparezca la violencia porque los factores de riesgo se han compensado con factores protectores.

Ante un acto de violencia, en una persona sin factores de riesgo ambientales ¿Qué explica la violencia? la predisposición biológica. Esta hipótesis ha sido contrastada en homicidas que no procedían de experiencias o vidas difíciles, en los que se ha encontrado una reducción de hasta 14% de la región orbitofrontal.

La predisposición biológica es menos necesaria en entornos sociales negativos y deestructurados, que de por sí explican la violencia.

En cualquier caso la relación entre biología y ambiente es bidireccional. La biológica determina la interacción y respuesta ante los estímulos externos, pero el entorno de las personas, especialmente en la infancia condiciona la expresión y desarrollo de lo biológico.

Las experiencias sociales directas o indirectas pueden tener consecuencias epigenéticas o afectación de la expresión génica, por activación o inhibición. Los cambios epigenéticos son importantes especialmente en momentos críticos del desarrollo (como en periodos de formación del vínculo materno) y sorprendentemente son cambios que se transmiten a la siguiente generación (Raine 2013).

Se hipotetiza que existen grupos o culturas con niveles biológicos (en su carga genética o en la expresión de los fenotipos biológicos) que les hace más vulnerables ante los estresores situacionales (Sadock and Sadock 2009)

### **1.3.3.- La violencia desde el punto de vista de la salud pública**

Como ya se ha dicho en párrafos anteriores, en 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adopta la resolución WHA49.25 que declara la violencia como un problema de salud pública y deja de verlo como algo inevitable de la condición humana.

En esta declaración se manifiesta un cambio en la atención que estaba centrada en la enfermedad, propio del paradigma biomédico, para situarla en la salud y su promoción.

La salud: *“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (definición de salud recogida en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Official Records of the World Health Organization, nª2, p 100).

Acorde a estos principios se concibe el modelo de promoción de la salud o salutogénico conceptualizado por Antonovsky (citado en Becker et al. 2010) y basado en tres elementos: (a).- Trabajar en los orígenes de la salud y el bienestar. (b).-La principal preocupación está en mantener y mejorar la salud. (c) Los factores estresantes pueden tener efectos beneficiosos o saludables si la persona tiene capacidad para afrontarlos.

Este modelo sitúa al hombre caminando a lo largo de un continuo en cuyos extremos está la salud y la enfermedad. El estado de salud requiere de un esfuerzo personal constante, porque la tendencia natural es hacia el desajuste y los desequilibrios que propician las enfermedades. El marco salutogénico está enfocado hacia el futuro y hacia la prevención primaria de las enfermedades, por medio de la promoción y mejora de los actuales niveles de salud.

El modelo salutogénico quedó recogido en la Carta de Ottawa para la Promoción de la salud de la OMS, durante la celebración de la “1ª Conferencia Internacional para la promoción de la Salud” de 1986 que definió que *“el objetivo de la promoción de la salud era proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud pública y ejercer un mayor control sobre la misma”*.

Desde el modelo salutogénico se han implantado programas para capacitar a las personas a solucionar los problemas por ellas mismas y lograr el mayor grado de bienestar, como los modelos de empoderamiento de las mujeres en violencia de género.

Pero, frente a estas bases tan esperanzadoras surgen otras voces autorizadas, como el Informe sobre la Salud en el Mundo: la Salud Mental (OMS 2001) que ponen de manifiesto que a la salud mental no se le concede la misma importancia que a la salud física, y ha sido objeto de indiferencia o abandono.

Los conocimientos sobre la salud mental y el funcionamiento de la mente es importante para comprender el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento. Queda mucho por aprender.



## CAPÍTULO 2: EL HOMICIDIO

### 2.1.- Clasificación del acto homicida

A efectos de este trabajo se adopta el concepto de *homicidio intencional* (Figura 1) definido como “la muerte ilícita y voluntaria, que una persona provoca en otra”, recogido en el Estudio de las Naciones Unidas sobre Tendencias Delictivas y Funcionamiento de los sistemas de justicia penal (UNODC 2012 y 2014).

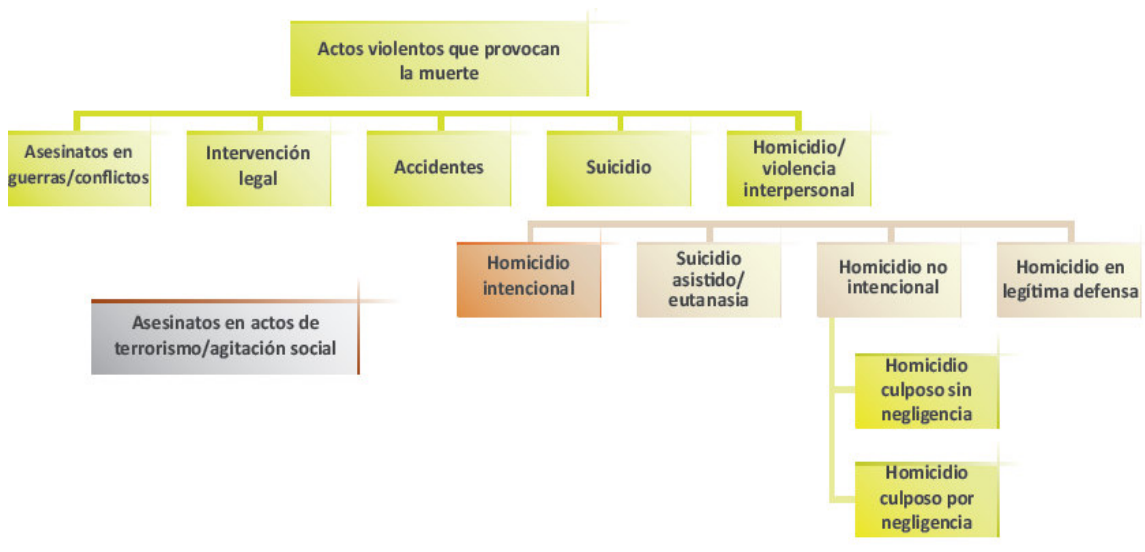


Figura 1: Clasificación de actos violentos que provocan muerte. Fuente UNODC (2012)

Parte de un sistema de estandarización de la definición de *homicidio intencional*, consensuado con 69 países pertenecientes a las Naciones Unidas (UNODC 2014). Se está trabajando para lograr una definición internacional del homicidio intencional, dentro del proyecto International Classification of Crime for Statistical Purposes (ICCS) (UNODC 2014).

En el informe de la UNODC (2014) la clasificación ha sido modificada, respecto a establecida en el Informe 2012, (Figura1) y ha sido resumida. Nos vamos a basar en ella para la descripción de subtipos de muerte violenta.

En un primer nivel de clasificación de las muertes violentas:

- Muerte autoinflingida.
- Muerte en conflictos.
- Muertes ajenas a conflictos.

En un segundo nivel de clasificación, las muertes ajenas a conflictos se subdividen:

- Homicidio intencional.**
- Muerte en acto de autodefensa.
- Muerte en intervenciones legales.
- Muerte no intencional (imprudencia o negligencia).

Se trata de definiciones y clasificaciones complejas y de límites poco claros. La propia conceptualización depende de los modelos culturales de cada país y de los

diferentes códigos penales. Aunque algunos conceptos parecen de uso común, y vigentes a nivel internacional, otros son más difíciles de interpretar, como la muerte en autodefensa o legítima defensa.

Existe una línea fina entre conceptualizar una muerte como causada en una intervención legal o ser convicto de un homicidio intencional. Hay desarrollos legislativos sobre actuaciones de Cuerpos y fuerzas de seguridad de los Estado, Ejércitos, como el Protocolo de Bases Principales de Uso de la Fuerza y Armas de Fuego por Agentes de la Autoridad (A/CONF.144/28/Rev.1) que pueden ser útiles a la hora de limitar la actuación de agentes de la ley (UNODC 2014).

### **2.1.1.-Homicidio intencional se subdivide en:**

#### **2.1.1.1.- Homicidio asociado a otras actividades criminales:**

- 1.- Asociado al crimen organizado.
- 2.- Asociado a otros actos criminales.

#### **2.1.1.2.- Homicidio interpersonal:**

- 1.- Violencia de género/intrafamiliar.
- 2.- Asociado a otras relaciones.

#### **2.1.1.3.- Homicidio de causa socio-política:**

- 1.- Relacionado con prejuicios sociales.
- 2.- Causas políticas.
- 3.- Causas socio-políticas.

### **2.1.1.1 Homicidio asociado a actividades criminales:**

Dentro de esta categoría destacan dos subtipos de homicidios:

- .- Homicidios vinculados a grupos criminales organizados.
- .- Homicidios relacionados con delitos "clásicos" como el robo.

### **A.-El crimen organizado y las bandas**

Según la definición proporcionada en la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, por "grupo delictivo organizado" se entenderá "*un grupo estructurado de tres o más personas que exista durante cierto tiempo y que actúe concertadamente con el propósito de cometer uno o más delitos graves con miras a obtener, directa o indirectamente, un beneficio económico u otro beneficio de orden material*". Un grupo "estructurado" es un grupo no formado fortuitamente para la comisión inmediata de un delito (UNODC 2012).

Los intereses del crimen organizado son diferentes según las regiones. En Centro América se vincula al narcotráfico, se trata de una región estratégica de paso de la droga,

entre los países productores de cocaína del sur: Perú, Colombia y Bolivia y el mercado de venta en Estados Unidos (primer consumidor mundial de cocaína).

No existe ninguna definición normalizada de *organización de narcotraficantes*, cada país puede tener su propia definición. El Departamento de Justicia de los Estados Unidos define un *cártel de narcotraficantes* como una agrupación integrada por numerosas organizaciones de narcotraficantes (UNODC 2012).

Suelen caracterizarse por ser organizaciones muy jerarquizadas y sofisticadas y que participan en toda la cadena de fabricación, tráfico y distribución de la droga.

Están muy asentadas en CentroAmérica y el Caribe, que son las regiones más peligrosas del mundo. No existe una correlación entre la actividad del crimen organizado y el nivel de violencia y de muertes que provoca. Las muertes pueden ser debidas a las luchas entre bandas, o entre bandas y el Estado por el control de una región, como en México.

Por lo general, cuanto mejor organizados están los grupos, la violencia exhibida suele ser menor, porque utilizan otros métodos, como el soborno de funcionarios. Intentan minimizar la violencia para pasar desapercibidos, es lo que se llama la “paz mafiosa”.

En Italia el nivel de homicidios asociados a la mafia ha descendido más de un 80% entre 1992-2012, aunque sigue provocando alrededor del 10-15% de los homicidios. Esto no significa que haya descendido la importancia de la mafia, sino que la mafia ha pasado a utilizar otros métodos y cuenta con otros recursos para conseguir sus objetivos (UNODC 2012).

En términos operacionales las *bandas* son un grupo de personas que forman parte de grupos callejeros duraderos. Puede ser difícil discriminar entre *banda* y *organización criminal*. El grado de organización puede ser un criterio diferenciador (UNODC 2012).

Son menos estructuradas que el crimen organizado, pero pueden colaborar con ellos, siendo sus sicarios o ser la puerta de entrada a estas organizaciones.

Las muertes de los chicos jóvenes involucran a bandas rivales, tráfico de drogas o al crimen organizado (Cook et al. 2005). Los homicidios de bandas y crimen organizado tienen súbitos cambios, de aumento o descenso, en un país o región, en un momento dado.

En América, la participación de las bandas y el crimen organizado es mayor que en otras regiones del mundo y relacionados con los homicidios “de calle” con arma de fuego.

**B.-El homicidio vinculado a actividades delictivas clásicas** como el robo, es un tipo de violencia que se mantiene muy estable a lo largo del mundo y a lo largo del tiempo: en torno al 5% en América, Europa y Oceanía (UNODC 2012 y 2014).

Suele asociarse a la toxicomanía y la drogadicción porque conllevan un estilo de vida y unas necesidades altas de dinero, que implican actividades delictivas (Goldstein 1985).

Laajasalo (2007) constata que el 39% de los homicidios en toxicómanos estuvo asociado con otros delitos, por ejemplo robar a la víctima y obtener un beneficio. Los adictos a drogas tenían un historial delictivo extenso, sugestivo de una “profesionalización” delictiva.

### **2.1.1.2.-Homicidio interpersonal**

Es la muerte que surge en las relaciones entre, al menos, dos personas. La violencia interpersonal no es, en principio, una violencia instrumental que busca una meta o la obtención de un beneficio, aunque puede haber un deseo de dañar a la víctima.

En el homicidio interpersonal los lazos emocionales no son necesarios, y el agresor puede, o no, conocer a su víctima (UNODC 2012). En la mayor parte de los casos la violencia surge como forma de resolver un conflicto (Cerezo 1998 en Garrido y Redondo 2013).

Dentro del homicidio interpersonal se han diferenciado: violencia de pareja/intrafamiliar y violencia interpersonal propiamente dicha, en base a la concreta relación entre el agresor y la víctima.

Hay que tener en cuenta que la violencia suele dirigirse hacia las personas más cercanas, a modo de anillos concéntricos: familia y pareja, amigos íntimos, a continuación vienen los vecinos y conocidos y por último los desconocidos. La violencia que procede de un desconocido es un tipo de violencia inexplicable y muy poco frecuente (Walhs and Ellis 2007).

#### **(A).-Homicidio intrafamiliar**

La violencia familiar aparece unida a las víctimas femeninas. En mayor o menor medida, en todas partes del mundo las mujeres siguen siendo vulnerables a la violencia, tanto mortal como no mortal. Es una violencia que se refleja en la vida pública y privada, y no está limitada a una cultura, una región o un país concreto. Sin embargo, las distintas manifestaciones de la violencia sí están moldeadas por factores, como la condición económica, la raza, el origen étnico, la clase social, la edad, la orientación sexual, la discapacidad, la nacionalidad, la religión y la cultura.

Los grupos de mujeres pertenecientes a minorías, las mujeres indígenas, las refugiadas, indigentes, las mujeres recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas y las mujeres en situaciones de conflicto armado, son particularmente vulnerables a la violencia

La muerte de la mujer representa la forma más grave de violencia, y se usan los términos “femicidio” y “feminicidio” y pueden incluir tortura, mutilación, crueldad y violencia sexual.

Crímenes por la dote, el honor, brujería o hechicería, casi exclusivamente, afectan a las mujeres (UNODC 2014).

Para hacernos una idea de la variedad de peligros que acechan a las mujeres, puede ser útil fijarse en desarrollos legislativos como: la *Ley de Prevención de los Crímenes con Ácido* (2002) y la *Ley de Control del Ácido* (2002) de Bangladesh; la sección 304B del Código Penal indio, que tipifica como delito las “muertes por dote”, y la *Ley de Represión de la Práctica de la Mutilación Genital Femenina* (No. 3 de 2003) de la República de Benín (ONU 2006).

Podemos establecer una diferenciación entre la violencia que afecta a la mujer por parte de su marido/pareja, de la violencia intrafamiliar o ejercida por otro miembro de la familia. No siempre son violencias excluyentes.



## **(A.1).-Violencia contra la mujer dentro de la familia (no de pareja)**

Hoy día, las principales investigaciones se dirigen hacia la violencia de la mujer en las relaciones de pareja. Existe mucho menos conocimiento sobre la violencia que existe por parte de otros miembros de la familia.

En la familia la violencia la ejercen personas que están en íntima relación con la víctima: padres, hermanos, cuñados, suegros, etc. y la violencia ocurre dentro del domicilio (UNODC 2014).

La mujer dentro de la familia puede sufrir violencia desde antes del nacimiento hasta la vejez: el infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo, el matrimonio precoz, la violencia relacionada con la dote, la ablación o mutilación genital femenina, los crímenes contra la mujer cometidos en nombre del “honor” y el maltrato e incitación a que las viudas se suiciden.

### **A.1.1.-Los crímenes cometidos en nombre del “honor”:**

Suelen ser ejercidos por un hermano, un padre, marido u otro pariente masculino por un comportamiento, real o imaginario, de índole sexual o trasgresor (adulterios, embarazos fuera del matrimonio, uso de ciertas ropas inadecuadas, entre otras) que es percibido como una vergüenza para la familia. La violencia suele tener una dimensión colectiva, y ser actos públicos, aunque la gran parte no se denuncian ni se documentan. Se ha estimado que cada año 5.000 mujeres son víctimas de “homicidios por honor” en todo el mundo. En Pakistán, entre 1998 y 2003, el “karo-kari” (“homicidio por honor”) hizo perder la vida a 4.000 hombres y especialmente mujeres en el Pakistán (ONU 2006).

### **A.1.2.- Filicidios e infanticidios:**

En 1992, Amartya Sen escribió un artículo titulado “Missing women”, que hacía referencia a la pérdida de mujeres en el continente asiático, debido al infanticidio y feticidio femeninos.

El infanticidio femenino es la muerte provocada de una niña, desde recién nacida o en los primeros años de vida.

Existen dos tipos de infanticidio: aquel que se puede denominar “activo”, que implica matar a las niñas con métodos como el ahogamiento, la asfixia, el abandono o la intoxicación; y el infanticidio “pasivo” o por abandono (Campos Mansilla 2010).

El feticidio femenino, es la interrupción del desarrollo de un feto cuando se comprueba que sus órganos sexuales son femeninos. La llegada de los ecógrafos ha sido determinante para el aumento experimentado por estas prácticas. Afecta a las mujeres de clases medias y pudientes que pueden pagarse la ecografía y el aborto.

En la India, el feticidio se concentra en áreas urbanas, y en una región llamada “el cinturón del feticidio”, y que está formada por ricas zonas agrícolas (estados de Punjab y Haryana principalmente).

Los desequilibrios entre hombres y mujeres como consecuencia del feticidio afectan a China, la India, Afganistán, Pakistán y Bangladesh, principalmente (Menier en Campos Mansilla 2010).

### **A1.3.-Matrimonio forzado, dote y viudedad:**

Se entiende por matrimonio forzado, el matrimonio en el que falta el libre consentimiento de, por lo menos, uno de los contrayentes. En su forma más extrema, el matrimonio forzado puede asociarse a grave violencia y homicidio. Puede afectar a

menores de edad y niñas muy pequeñas, que mueren en el momento de consumarse el matrimonio (UNODC 2012).

La dote, es el pago de una suma de dinero o de bienes, por la familia de la novia a la familia del novio. Cuando hay peleas por el pago de la dote pueden generarse conflictos que desembocan en violencia y muerte de la mujer.

El pago de una dote es ilegal en la India desde 1961, donde sigue siendo una práctica común en algunas regiones. Se calcula que provoca un 15% del total de homicidios femeninos. Muchos casos quedan disimulados como muertes accidentales y por suicidio. La tasa de estas muertes ha aumentado más de un 40% entre 1995 y el 2009, aunque puede ser debido a la oficialización de prácticas hasta ahora invisibles (UNODC 2012)

Hay países donde las mujeres viudas son presionadas y excluidas por la familia y la comunidad. Estudios en pequeñas comunidades relatan casos de mujeres quemadas vivas o inducidas al suicidio. En Ghana las mujeres ancianas y pobres son acusadas de brujería y asesinadas por sus parientes varones (ONU 2006).

Sin embargo, son delitos sin denuncia, de los que existen pocas investigaciones, y se sabe poco de sus factores de riesgo y su causalidad última.

### **(A.2).-Violencia contra la mujer en relación de pareja**

Los homicidios de pareja se distribuyen en todo el mundo, aunque difiere de forma muy importante, de unas regiones a otras. Es un tipo de violencia que afecta especialmente a las mujeres. En los países de Europa de los que se dispone de datos, las mujeres representan más del 75% de todas las víctimas de violencia de pareja (UNODC 2012).

En Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Israel y Sudáfrica se han realizado estudios sobre el feminicidio que indican que entre el 40% y el 70% de las mujeres víctimas de homicidio fueron asesinadas por sus maridos o sus novios. En Estados Unidos, el homicidio era la segunda causa de muerte de las chicas adolescentes entre 15 y 18 años, a manos de conocidos o pareja (ONU 2006). El Federal Bureau of Investigation señala que más de un cuarto de las mujeres americanas mueren a manos de sus maridos o novios.

Por eso la violencia de pareja se ha ido conceptualizando, como una violencia contra la mujer o violencia de género.

Las cifras de muertes suele permanecer bastante estable a lo largo del tiempo, se explica por las intrincadas relaciones afectivas, económicas y culturales.

Los homicidios de mujeres suelen estar precedidos de una historia de violencia sostenida.

### **(A.3).-Homicidio de niños**

Hay pocos datos fiables sobre los homicidios de niños, pero según la OMS en el Informe sobre la Violencia y la Salud del 2002, en el año 2.000 se produjeron unos 57.000 homicidios de menores de 15 años, en el mundo.

En la mayor parte de los países, los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, pero éstas tienen más riesgo de infanticidio, abusos sexuales y abandono (UNODC 2012). La violencia física grave o mortal hacia los hijos es más frecuente en padres o padrastro (OMS 2002).

Se llama filicidio al acto en que un padre/madre mata a su propio hijo y es infanticidio cuando el niño es menor de un año. Cuando la muerte ocurre en las primeras 24 horas se denomina neonaticidio.

Resnick (1969 citado en Putkoner 2009) propone una clasificación según el motivo del filicidio: 1) altruista 2) en episodio psicótico agudo del padre 3) niño no deseado 4) muerte accidental, y 5) como venganza hacia la pareja.

Dentro de la familia son factores de riesgo vivir en una familia monoparental, o con padres muy jóvenes o familias reconstruidas, el hacinamiento, la existencia de violencia, el consumo de alcohol y drogas del cuidador, el escaso control de los impulsos de los padres, las expectativas poco realistas sobre los niños, el hecho de que sean niños con necesidades especiales, o con un llanto continuo, entre otros (OMS 2002).

En Centroamérica se ha evidenciado que los hijos de mujeres que sufren violencia física de sus parejas tenían una probabilidad multiplicada por seis de morir antes de los cinco años de edad (Informe Pinheiro ONU (2006).

En Europa el infanticidio de niños menores de 4 años parece estar más relacionado con la madre y en niños mayores de 5 años con el padre.

A veces, los infanticidios se relacionan con formas de violencia compleja: homicidio-suicidio, sobre todo en los padres varones (Vanamo 2001). Un estudio americano (McKee and Shea 1998) muestra que los padres tienden a matar a la madre y a los hijos, pero las madres solo a los hijos. En este mismo estudio el 80% de las madres tenía un diagnóstico psiquiátrico, la mitad de ellas una enfermedad psicótica o un trastorno paranoide. Suelen ser mujeres jóvenes, no adictas a drogas, casadas y con bajos ingresos.

#### **(A.4).-El parricidio**

El término parricidio designa la muerte de un padre o madre a manos de su hijo, biológico o adoptado. Más concretamente se llama patricidio cuando se refiere al padre y matricidio a la madre. Son actos muy poco frecuentes y prácticamente todos causados por hijos varones. Las investigaciones sobre el parricidio identifican dos subtipos: los homicidas adolescentes y los homicidas de edad adulta.

Los estudios con homicidas adolescentes asocian esta violencia con victimización previa del hijo que acaba matando a su agresor. Pueden ser vistos como actos suicidas de adolescentes que se transforman en actos homicidas contra los padres, con un deseo de escapar de situaciones intolerables de abuso (Millaud et al. 2008).

Las investigaciones de parricidas adultos, relacionan estas muertes con las enfermedades mentales graves, como los delirios psicóticos, el consumo de alcohol o de drogas o cuadros depresivos. Existe una variedad de parricidio “altruistas”, en que una persona está enferma, de forma real o imaginaria, y no quiere abandonar a sus padres sin sus cuidados. En otras ocasiones es el padre el que sufre una enfermedad y el hijo le mata para poner fin al sufrimiento. Son formas de violencia muy relacionadas por trastornos del humor de tipo depresivo en los homicidas (Léveillé et al. 2010).

### **(A.5).- Familicidio**

Se define el familicidio como la eliminación total o parcial, de una familia, habitualmente la pareja y los hijos. Es menos frecuente la eliminación de otros miembros de la familia como los hermanos (Liem and Koenraad 2008).

Son actos cometidos, casi en su totalidad, por hombres, de edad media (30-40 años) y no es infrecuente su suicidio posterior.

Frazier (1975 citado en Liem and Koenraad 2008) los clasifica en:

-*Homicidio por poder*: cuando es un acto motivado por el deseo de venganza hacia la pareja, a la que se le culpa de la separación o divorcio. La violencia va más dirigida contra la pareja que hacia los hijos, pero les afecta en razón del vínculo con la madre.

-*Suicidio por poder*: son homicidios relacionados con problemas laborales, financieros y legales, entre otros. Al agresor le mueve un sentido de “protección” de la familia de los problemas que sufrirían si no contaran con su apoyo.

### **B. -Homicidio-suicidio**

Son actos complejos en que hay una convergencia de muertes. Primero, una persona quita la vida de otra y posteriormente se suicida, en una secuencia temporal entre ambas muertes, de duración variable: inferior a 24 horas, tres días (Barraclough et al. 2002) o una semana (Marzuk et al. 1992).

Los homicidios-suicidios están dentro de la constelación de la violencia intrafamiliar, y afectan sobre todo, a las pareja, las exparejas y los hijos (Liem 2010 y Barber et al. 2008). Parece relacionarse con un profundo impacto emocional en el agresor de las rupturas, las pérdidas, el rechazo o el abandono.

Partiendo de la clasificación hecha por Marzuk et al. (1992) y según la relación entre agresor y víctima:

#### **(B.1)-Intrafamiliar:**

.-La víctima es la pareja/expareja también llamado uroxicidio, causado por:

-Razones amorosas y celos, más propio de parejas jóvenes.

-Homicidios piadosos (pérdida de salud de la víctima o del agresor y relacionado con parejas de ancianos)

.-La víctima es otro miembro de la familia, especialmente los hijos. A veces se trata de familicidios, con los que comparte motivación:

-El homicidio de un hijo seguido de suicidio difiere por géneros. En los hombres suele tratarse de actos de venganza del cónyuge que le ha abandonado, mientras que en las madres, se debe a patologías psíquicas como depresiones postparto, o actos “altruistas” asociado a fantasías de salvación o de rescate (Liem 2010).

-Por problemas financieros o factores estresantes ambientales como pérdida de trabajo y conflictos sociales.

**(B.2).-Extrafamiliares**, entre los que se encontraría las matanzas en colegios o lugares de trabajo.

## **C.- Homicidio juvenil**

A nivel global, los varones jóvenes son los principales perpetradores y las principales víctimas de los homicidios, especialmente en países y regiones con tasas altas de muerte, como África, Centro América y América Latina.

A excepción de Estados Unidos, se trata de países subdesarrollados o sumidos en agitación social y económica, con una grave debilidad de las instituciones del Estado (OMS 2002).

Según este informe (OMS 2002) la mayor tasa mundial de homicidios corresponde a hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, aunque son cifras que se modifican en el tiempo.

Los niños mayores, que viven en comunidades y barrios desfavorecidos, y sin un soporte familiar adecuado, pueden integrarse en las bandas, donde son utilizados para participar en el tráfico de droga y actividades delictivas.

Las pandillas, en estos contextos, pueden convertirse en el único referente identitario del menor, introduciéndose en una espiral de violencia en la que queda atrapado.

Se calcula que un 15% de los jóvenes que viven en entornos donde hay bandas van a entrar en ellas, a una edad entre los 15 y los 20 años. Las tasas de violencia juvenil aumentan en tiempos de conflicto armado y represión, cuando el conjunto de la sociedad atraviesa por un periodo de cambio social y político y cuando impera una cultura de la violencia.

Las muertes ocurren en la calle y los lugares públicos. Es el homicidio “de calle”, y, con la edad, los hombres abandonan la calle, descendiendo su participación en peleas callejeras, consumo de alcohol y drogas, con ellos baja la tasa de homicidios.

En muestras finlandesas, el homicidio juvenil se asocia al robo y al hurto, en forma de delitos grupales, ya que más de un tercio de los homicidios involucran a dos o más agresores. Suelen ser víctimas previamente desconocidas de los agresores y en más del 89% de los agresores hay un trastorno por consumo de alcohol y/o drogas. Suelen tener antecedentes de problemas y de estructuración familiar y antecedentes legales frecuentes (Kivivuori et al. 2007).

Existe otro tipo de violencia juvenil, asociado a los parricidios (muerte de un padre o de una madre) a manos de sus hijos, donde aproximadamente el 25% de los agresores son menores de 18 años (Heide and Petee (2007).

Hillbrand et al. (1999), al igual que otros investigadores, ha encontrado que en los parricidios juveniles hay dos modelos: el homicida que sufre una patología mental severa, como la psicosis (la víctima preferente es la madre) y el homicida que mata a un progenitor (normalmente el padre) para poner final a una prolongada historia de abusos y de violencia infantil.

## **D.-Asociado a otras relaciones**

Muchos homicidios ocurren en contextos de relación no íntima o familiar, durante peleas, venganzas, disputas entre vecinos, etc. A veces, las víctimas son casuales: estar en el lugar equivocado en el momento equivocado.

En los homicidios comunitarios hay una relación directa, pero no necesariamente íntima, entre el agresor y la víctima y, en general, no existe una instrumentalización del homicidio para alcanzar una determinada meta. Suele surgir la violencia durante actividades cotidianas y de forma no premeditada. Son hechos muy vinculados a elementos circunstanciales y al consumo abusivo de alcohol y de drogas

Se calcula que solo en el 13% de los casos hay una planificación previa de homicidios contra víctimas concretas (Dubreucq et al. 2005).

Pueden ocurrir en la calle, en establecimientos públicos, bares, o incluso en la vivienda del agresor o de la víctima. Algunos de estos homicidios se asocian a agresiones sexuales, siendo las víctimas principales las mujeres y los niños (UNODC 2012 y 2014).

Sin embargo, son formas de muerte en las que no suelen quedar registrados muchos datos sobre las características de los participantes, con lo que la información disponible es limitada (UNODC 2014).

### **D.1.-Asesinatos múltiples**

Un subtipo de los homicidios interpersonales son los “asesinatos múltiples”, categoría aún no bien definida pero que alude a la existencia de más de una víctima en el acto homicida. Son homicidios de incidencia muy escasa, representan menos del 1% del total de homicidios de Estados Unidos y menos del 3% de Finlandia y Suecia.

Son muy característicos los homicidios en escuelas, institutos americanos o lugares de trabajo. En más del 70% se utilizan armas de fuego, lo que ha llevado a encendidos debates entre los partidarios de restringir o de extender el control y la posesión de armas (UNODC 2014).

Dentro de los asesinatos múltiples se diferencia en (Garrido y Redondo 2013):

**(D.1.1)** Asesinatos múltiples en un solo tiempo y lugar (o mass murderers) que pueden ser obra de enfermos mentales o ser actos planificados por venganza en los que se busca el mayor número posible de víctimas, como el homicidio de Columbine en 1999 o la Universidad de Virginia en 2004 (el País 16-04-07).

**(D.1.2)** Asesinatos múltiples en cadena o itinerantes (spree killers) son homicidios de múltiples personas bajo un estado de “frenesí” emocional, pero en la que existe una secuencia temporal. Hay interrupciones en que el homicida se puede desplazar y mata en distintos lugares, pero por sus características pertenece a un único acto violento. Un ejemplo son los atracos a bancos con una huida que continúa con nuevas muertes.

**(D.1.3)** Los “asesinos en serie”, como subtipo de asesinatos múltiples. Son homicidios con tres elementos definitorios:

**1.-** La motivación subyacente es siempre de poder y de control, aunque puede tener componentes sádicos o sexuales.

**2.-** La secuencia temporal, con espacios temporales, a veces muy prolongados, entre una muerte y otra.

**3.-** El número de víctimas. Actualmente el FBI exige un mínimo de tres víctimas. Normalmente se identifica un patrón en las víctimas que eligen o en los métodos empleados.

Puede diferenciarse entre asesinos en serie psicopáticos o psicóticos, en base a sus características psicopatológicas. El FBI los denomina organizados/desorganizados (Ressler 2005).

Fox and Levin (2005) han diferenciado cinco subtipos distintos de asesinos múltiples según la motivación:

(1).- Salvar al mundo de un peligro o de la maldad. Actúan como soldados y con un estilo militar.

(2).- Matar por venganza o rencor (Leary et al. 2003 y Meloy 2004), como los adolescentes “vengadores escolares” que provocan matanzas en colegios o universidades (McGree and DeBernardo 1999).

(3).- Homicidios por lealtad, o razones afectivas, aquí se incluirían los familicidios y sus tipologías.

(4).- Homicidios instrumentalizados, para obtener un beneficio, como eliminar testigos de robos u otros actos delictivos.

(5).-Objetivos terroristas.

### **E.-Homicidios de la mujer en entornos comunitarios**

La mujer está expuesta a todo tipo de violencia en los espacios públicos y compartidos: en la escuela, transporte público, lugar de trabajo, situaciones de detención, escenarios de guerra y conflictos armados, por ejemplo.

Hay escenarios muy significativos como Ciudad Juárez (México) y Guatemala. Las cifras oficiales hablan de más de 320 mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, la tercera parte de ellas brutalmente violadas. Ciudad Juárez, es un ciudad fronteriza con Estados Unidos, lugar de paso de la droga y controlada por mafias de narcotraficantes y trata de personas y con una economía dominadas por *maquiladora*. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en sentencia del 16 de noviembre del 2009 condenó al Estado de México por la muerte y violación de mujeres en Ciudad Juárez, por haber vulnerado el derecho a la vida, la integridad física y la libertad, derechos recogidos en la Convención Americana de Derechos Humanos (Fernandez Arribas 2013).

En Guatemala, fueron asesinadas más de 2.000 mujeres entre el 2001 y el 2004, por razones sociales, económicas y por la persistencia de violencia post-guerra civil. Las cifras extraoficiales de muertes y desapariciones son mucho mayores que las oficiales. Hay un número elevado de mujeres desaparecidas, cuyo destino se desconoce y no figuran en ninguna estadística (ONU 2006).

### **F.-Homicidio sexual**

Es un subtipo de homicidio difícil de identificar, definido como la muerte intencional de una persona durante el cual hay una conducta sexual por parte del homicida. La mayor parte de las víctimas son mujeres, desconocidas o conocidas del agresor (Meloy 2000).

El acto sexual puede ocurrir antes, durante o después de un homicidio, aunque su conocimiento puede que solo se obtenga si el acusado es sincero y habla sobre los motivos de los hechos.

Ressler, Burgess y Douglas (1988 citados en Chan 2012) determinaron que se establece un homicidio como de motivación sexual en base a:

- (1) Estado de la ropa o falta de ropa de la víctima
- (2) Exposición de genitales.
- (3) Posturas sexuales de la víctima.
- (4) Inserción de algún objeto extraño en cavidades del cuerpo.
- (5) Evidencias y restos biológicos.
- (6) Evidencias de fantasías sádicas o actividad sexual como mutilaciones de genitales

Malmquist (1996) diferencia la *violación homicida* en que la muerte ocurre durante el acto sexual, *lujuria homicida* cuando el uso de la violencia proporciona un placer sexual al agresor y el *homicidio después de la agresión sexual* para evitar el arresto, aunque este subtipo se ha cuestionado como propiamente un homicidio sexual.

Se han hecho varios intentos en definir las tipologías de los agresores sexuales y los investigadores parecen estar de acuerdo en que se identifican dos componentes importantes en la violencia sexual: la ira y el sadismo (Proulx 2007). Hay un tercer tipo de agresores sexuales que matan a la víctima para evitar la denuncia de esta.

El sadismo sexual es una categoría diagnóstica del DSM-IV y parece estar presente en los homicidas que muestran una tendencia a repetir su delito (son un subtipo de asesino en serie) en actos perfectamente anticipados y planificados o ser actos impulsivos e improvisados.

Los actos sexuales puede ser variable: fantasías conscientes, activación erótica con la muerte, masturbación, penetración (oral, vaginal, anal) con pene u objetos animados o inanimados o actos simbólicos como en la mutilación genital femenina (Meloy 2000)

### **2.1.1.3 .-Homicidios de causa socio-política**

Son homicidios vinculados a una causalidad política, o ser el resultado de una violencia dirigida hacia grupos de población por razón de su raza, etnia, género, religión, sexualidad y estatus, entre otros.

En los últimos tiempos se han ido desdibujando progresivamente las fronteras entre la violencia de tipo político, la de tipo delictivo y la que se produce en la intimidad del hogar. Lugares con elevada violencia política o social conllevan culturas de violencia (UNODC 2014). Las organizaciones terroristas han encontrado en el narcotráfico una fuente de financiación y el fuerte componente religioso del terrorismo islámico se infiltra en la vida doméstica.

La violencia política y socio-política carece de estadísticas oficiales precisas, porque depende del punto de vista y de consideraciones de las partes implicadas. Hay una fina línea entre la violencia socio-política, el terrorismo, el contraterrorismo y la guerra.

La recopilación de datos la hacen organismos no gubernamentales de derechos humanos, como Derechos Africanos, Amnistía Internacional y Human Rights Watch, Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz (SIPRI) y el proyecto Correlates of War de la Universidad de Michigan (Estados Unidos) (OMS 2002).



Las leyes internacionales definen y subdividen los conflictos armados en (UNODC 2012):

(a) Conflictos internacionales que implican las fuerzas armadas de dos o más países.

(b) Conflictos internos y prolongados dentro de un país entre la autoridad gubernamental y grupos armados organizados, o entre dos o más grupos armados.

Las guerras y los conflictos son situaciones de multiviolenencia. En los conflictos y guerras actuales, la mayor parte de las heridos y muertos procede de la población civil, ajena al conflicto, “víctimas colaterales” pero objetivo del conflicto (Bhallaa et al. 2011). Es muy frecuente la existencia de víctimas inocentes que son intencionadamente asesinadas como estrategia de la lucha. Cada vez es mayor el número de afectados entre empleados civiles de las Naciones Unidas y trabajadores de organizaciones no gubernamentales. Entre 1985 y 1998 se produjeron más de 380 defunciones de trabajadores humanitarios y civiles de las Naciones Unidas, superando al número de víctimas de su personal militar (OMS 2002).

Se calcula que en el siglo XX alrededor de 191 millones de personas perdieron la vida directa o indirectamente en los 25 episodios más importantes de violencia colectiva. El 60% de esas defunciones correspondieron a personas que no participaban en la guerra. La hambruna relacionada con guerras o genocidios en el siglo XX acabó con otros 40 millones de personas (OMS 2002).

Desde un punto de vista jurídico, el *genocidio* es un crimen intencional contra grandes masas de población. Está configurado como un delito de Derecho Internacional, en tiempo de paz o en tiempo de guerra (OMS 2002).

El genocidio está reconocido en el artículo 2 de la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948):

*“cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal: matanza de miembros del grupo; lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo; sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial; medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo; [y] traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo”.*

No todos los países son igual de escrupulosos en la aplicación de tratados de protección de sus ciudadanos y sus derechos. En los últimos años, y tras los atentados del 11S, en muchos países occidentales prima la seguridad nacional sobre los derechos de los ciudadanos.

Esta idea ha conllevado muertes por uso de la fuerza excesiva de agentes de la autoridad, homicidios extrajudiciales, muertes en custodia policial, desapariciones o violencia extrema en condiciones de detención, entre otros.

Mención especial es la existencia de los niños/ñas soldados en conflictos de República Democrática del Congo, Sierra Leona, Mali y Chad (Informe 2013 Amnistía Internacional).

### **(a) Crímenes de odio**

Son crímenes en los que se persiguen víctimas por su raza, religión y origen étnico, entre otros. Puede que sea una violencia dirigida contra segmentos vulnerables o estigmatizados de la sociedad, contra los que ya existe un “clima” de rechazo y de prejuicio.

En esta violencia se situaría las agresiones contra gitanos, violencia sectaria en Irán, Irak o Afganistán y la persecución por la orientación sexual.

Los crímenes por la orientación sexual, es de identificación reciente y de la que solo se conocen datos anecdóticos y particulares. Hay poca información y en general permanece oculta y pertenece a las áreas oscuras del crimen.

En el Informe Especial de las Naciones Unidas en Violencia contra la mujer, se documentan casos de homicidios de transexuales y homosexuales, aunque los datos disponibles son muy limitados (UNODC 2012).

### **(b) Terrorismo**

El terrorismo es definido en 1937 por la Sociedad de Naciones como «*Cualquier acto criminal dirigido contra un estado y encaminado o calculado para crear un estado de terror en las mentes de personas particulares, de un grupo de personas o del público en general.*»

Se trata de un fenómeno definido por amenaza o el uso de la fuerza dirigida contra la población para causar terror. Sin embargo, son los Estados quienes califican como terrorismo las acciones de los otros, quienes no son sus aliados y establecen quienes son sus enemigos (Chomsky 2003).

En Europa durante los años 50-60 surgieron movimientos terroristas locales: Ejército Republicano Irlandés (IRA), las Brigadas Rojas en Italia, la Fracción del Ejército Rojo o Baader-Meinhof en Alemania y ETA en España. Eran grupos de pequeño tamaño fuertemente jerarquizadas y con una ideológica en unos casos, nacionalista y, en otros, extremista de izquierdas (SanMartin 2005).

Los actos terroristas “tradicionales” van dirigidos contra miembros del orden político y justifican sus acciones como respuesta necesaria a una violencia estructural anterior a la suya, ejercida por el Estado. Desde este punto de vista, la violencia de Estado sería la violencia originaria, verdadera culpable de la situación, frente a la que los terroristas se victimizan.

Desde la ONU, durante muchos años, se han redactado documentos relativos a formas particulares de actos terroristas como secuestro de aviones, toma de rehenes, financiación de organizaciones criminales, blanqueo de dinero etc. Pero, sin ocuparse directamente del problema terrorista como tal.

La aparición del terrorismo islámico, ejemplarizado en Al Qaeda y el 11-S, han supuesto salto cuantitativo del problema. La resolución 1373 (2001), de 28 de septiembre de 2001, del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas declaró que todos los actos de terrorismo internacional “*constituyen una amenaza a la paz y la seguridad internacionales*”.

En el año 2007 la ONU presentó La Guía para la incorporación legislativa y la aplicación de Instrumentos Universales contra el Terrorismo para facilitar la creación de leyes universales. Define el delito de terrorismo en el artículo 105 bajo el epígrafe de Delitos contra las personas internacionalmente protegidas a quien: “ *a) cometa un homicidio, secuestro u otro atentado contra la integridad física o la libertad de una persona internacionalmente protegida* “

Tobeña (2008) analizando las organizaciones terroristas tradicionales, como ETA, establece cuatro elementos definitorios: (1) Los terroristas son jóvenes varones que se ofrecen por un deseo de integrarse en bandas armadas (2) Buscan beneficios a largo plazo dentro de la propia organización y alcanzar roles de líder (3) El objetivo de la lucha armada es derribar el poder territorial y sustituirlo por el que ellos representan (4) Se instalan en un contexto ideologizado totalizador.

El terrorismo islámico tiene sus inicios en los años 70-80, bajo las claves de la causa palestina y componente religioso. Se trata de un terrorismo a escala internacional, indiscriminado, caracterizado por el terrorista suicida, que se inmola para lograr sus objetivos.

Tobeña (2008) a partir del análisis del comando del terrorista Atta, líder del 11-S, describe al terrorista islámico como un varón joven, culto, cosmopolita, instruido y con dinero. En él coexiste una ideología religiosa, un compromiso intragrupal absoluto y características psicopáticas como la búsqueda de estimulación, el gusto por el riesgo y la aventura.

Existe otra realidad que es la de Terrorismo de Estado, cuyo paradigma son las dictaduras en casi todos los países de América Latina (Cafaro et al. 2011) y la acción militar norteamericana contra el yihadismo y los talibanes, con uso de drones y cárceles secretas de la CIA, entre otros. Son formas de combatir el terror utilizando las instituciones del Estado, que forman parte del área oscura del poder, su papel protector se transforma en violencia.



## **2.2.- EL HOMICIDIO EN CIFRAS**

### **2.2.1.- Estudios historiográficos del homicidio**

En el momento actual, existe la idea de que la vida nunca ha sido tan violenta como en el siglo XX y XXI. Creemos que, la violencia y la muerte, son producto del desarrollo y la vida moderna y que la paz es propia del reino animal, los pueblos primitivos y los siglos precedentes.

Los estudios parece que nos indican lo contrario.

Así, a través de la arqueología forense se analizan los esqueletos prehistóricos, y yacimientos de Asia, África y Europa, cubriendo periodos entre el 14000 a.C. y el 1770 a.C. A partir del estudio de esqueletos de tribus cazadores-recolectores o de habitantes de ciudades, en civilizaciones andinas y de Mesoamérica, se ha comprobado que los habitantes de las ciudades tenían una menor presencia de muertes violentas.

La presencia de lesiones en los huesos o restos de armas (flechas, hachas o similares) permiten inferir que en el hombre primitivo, el 15% de la población (oscilan entre el 0-60%) sufría una muerte violenta (Pinker 2011).

Por contraste, el historiador Quincy Wriqth, calcula que las muertes violentas en Europa, durante todo el siglo XX, e incluyendo las guerras mundiales, han afectado al 1% de la población (Pinker 2011).

En Alemania, en el año 1939, se publica el libro *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas* por Norbert Elias que aborda el proceso de civilización y cambio cultural de Europa desde la Edad Media hasta el siglo XX.

Se trata de una publicación muy importante porque vincula los cambios a nivel político, social y cultural y su influencia en la psicología y personalidad individual, permitiendo el desarrollo de la empatía y el autocontrol que facilitan la pacificación (Elias 1939).

Ted R. Gurr, en 1981, estudia archivos ingleses en ciudades o regiones, en periodos de tiempo específicos y hace una hipótesis sobre la evolución del homicidio en Londres desde el siglo XIV. Sorprendentemente, encuentra que la tasa de homicidios en el siglo XX es un 95% inferior a la tasa estimada del siglo XIV (Eisner 2012).

Florenia del siglo XIV, tenía unas tasas de homicidios entre 50-150/100.000 habitantes y la ciudad francesa de Corsica en el s. XVIII de 700/100.000 habitantes (Spierenburg 2001).

La comparabilidad de datos de estas series históricas con la actualidad no es fácil porque hay muchas variables, como los actuales avances médicos, que por sí solos ya justifican un descenso significativo en la incidencia de muertes. Por otro lado, se parte de datos complejos de estudiar, muy parciales y procedentes de lugares geográficos muy concretos.

Durante siglos, la violencia había sido algo cotidiano, todos se criaban y vivían en entornos violentos, que sufrían y practicaban. Eran frecuentes las peleas, que se iniciaban por motivos banales, en los caminos, las tabernas y la puerta de las tabernas, especialmente en el crepúsculo, “cuando tocaban las campanas a vísperas” (Artois siglo XVI en Muchembled 2010). Los meses de verano eran de máximo peligro, el 42% se daban en domingos y festivos.

La pacificación de la sociedad se inicia en las ciudades, a partir del siglo XVI, con una caída sostenida en las cifras de muertes violentas. Empieza en regiones nórdicas protestantes: Holanda, Norte de los estados germanos, Suecia, Inglaterra, y Noruega. Los países católicos del sur como Grecia, Italia o España tuvieron una pacificación más tardía. Eran pueblos con natalidad alta, analfabetismo y elevada población rural (Eisner 2012).

Es complejo conocer con precisión el porqué del declive de la violencia. En Europa después de las guerras religiosas, entre 1562 y 1648, se inician cambios políticos, sociales y culturales. El proceso de “civilización” parte del Estado, pero se cree que transforma la personalidad de los ciudadanos, que comienzan a desarrollar el autocontrol. Se internalizan las normas externas y desciende la impulsividad (Elias 1939).

Se forman los Estados, como forma moderna de organización, con el desarrollo de las ciudades y la creación de una economía de intercambio pacífico. El Estado se atribuyó en exclusiva el uso de la fuerza, creándose profesionales de la violencia (militares y Ejércitos) y se crea la administración de justicia que penaliza el uso individual de la fuerza y se criminaliza la venganza. Cambia la percepción de la muerte y se crean leyes que penalizaba el homicidio de los hombres y el infanticidio como control de natalidad en las mujeres. La violencia se combatió con la aplicación de castigos corporales brutales y muerte públicas de los culpables.

La moral protestante también favoreció la sobriedad, la frugalidad, un estilo de sacrificio y el desarrollo del individualismo (Eisner 2003).

El declive de la tasa de homicidios parece coincidir con el declive de la violencia entre hombres, en escenarios de calle, los bares y los duelos. Según desciende la violencia de la calle empieza a aumentar los homicidios familiares (Muchembled 2010). Hasta entonces había funcionado la solidaridad familiar, el parricidio, el matricidio y la muerte por violencia de género eran rarísimos.

En esta trayectoria en el tiempo, hay cosas que no han cambiado, como la vinculación de la violencia al género masculino, con un rango de edad entre los 20 y los 29 años. La violencia ejercida por la mujeres en la Edad Media, representaba el 5-12% de los homicidios (Eisner 2003). Las mujeres eran acusadas, principalmente, de infanticidios, que se criminalizan a partir del siglo XV-XVI. Solían ser mujeres solteras o viudas, de áreas rurales y procedían de economías modestas como las criadas (Muchembled 2010).

En la segunda mitad del siglo XIX aparece la convergencia de las tasas de muertes violentas entre los países europeos, alcanzando muy pocas diferencias, entre unos países a otros.

### **2.2.2.- Cifras actuales**

#### Fuente de datos:

Existen dos principales fuentes de datos sobre la violencia, tanto a nivel nacional como internacional: el sistema de justicia penal y el sistema de salud pública.

En los países desarrollados se han implantado servicios de registros poblacionales, tanto de nacimientos como de defunciones, que reseñan las causas de muerte, tras su examen y certificación.

Los certificados de defunción, registran las causas de muerte siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (2007), para uso epidemiológico y clínico.

La CIE-10 ofrece una relación detallada de las causas de defunción e incluye factores externos de muerte como la violencia. Este sistema, dentro de las muertes violentas adopta el concepto de homicidio intencional, con los códigos X85 a Y09 y excluye las muertes por intervención legal, por guerra o conflictos civiles.

Las fuentes médicas, a nivel internacional son imprecisas en el diagnóstico de la muerte, porque es heterogénea la presencia de médicos especializados en su estudio. Por otro lado, hay lugares donde no hay censos o las poblaciones son fluctuantes, como en zonas con conflictos armados o desplazamientos continuos.

A nivel internacional, el sistema de justicia penal genera los datos durante el proceso de registro e investigación de un delito, mientras las autoridades sanitarias se basan en la emisión del certificado de defunción (UNODC 2012).

No se trata de sistemas equivalentes y sus cifras no suelen ser coincidentes. El sistema de justicia penal, incluye la información procedente de fuentes policiales y judiciales.

Hay investigadores que estiman que los datos policiales son los más fiables, porque están más apegados a la realidad del delito, están “más cerca”, aunque no se haya reconocido a su autor. Suelen registrar información detallada y exhaustiva, con datos de víctimas, agresores, sus relaciones, escenarios y armas.

Las estadísticas del medio judicial están “más lejos” de la fuente del delito y dan información procedente de las fiscalías o tribunales y recogen las calificaciones penales y sentencias (Mugellini 2008).

Todas las estadísticas y registros de delitos tienen importantes problemas de fiabilidad y de validez debido al particular efecto del “número oculto”. En Europa, el número oculto en homicidios es bajo, porque es difícil ocultar un cuerpo y existe un control estricto de la población, con profesionales especializados en el estudio de la muerte y sus causas.

En el plano internacional las fuentes de datos policiales y legales tienen como inconvenientes que cada país cuenta con diferentes sistemas y capacidades de registro. Las fuentes judiciales utilizan con un sistema de cálculo: (a) Basado en “caso” es aquel que de forma unitaria incluye un homicidio independientemente del número de víctimas (b) El basado en las “víctimas”, se registra cada víctima que se produce (UNODC 2012).

La principal fuente de datos policial internacional es la Interpol y en Europa, Eurostat u Oficina Estadística de la Unión Europea, que publica anualmente, desde 2007, un pequeño compendio de estadísticas policiales europeas.

The European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics publica datos según el sistema de Justicia Criminal (CJS). Ha publicado su cuarta edición, en 2010 con datos 2003-2007.

Europa se clasifica en seis regiones: (1) Norte de Europa (2) Oeste de Europa (3) Europa Mediterránea (4) Países anglosajones (5) Países bálticos (6) Europa Central y del Este (Lappi-Seppala 2007).

En España el registro de causas médicas de muerte los recoge el Instituto Nacional de Estadística (INE) por Causa de Muerte (ICD). Las muertes violentas o sospechosas de criminalidad no tienen certificado clínico, sino que se tramitan por carta-orden judicial y el Boletín Estadístico de Defunción Judicial (BEDJ).

El Instituto Nacional de Estadística, recoge los datos de homicidios en: el Registro de causa de muerte, correspondiendo al epígrafe 099-agresiones (homicidios) en el capítulo de Salud y dentro del epígrafe de Seguridad física y personal, se recogen las tasas de homicidios estandarizados por edad, según sexo, pero solo está disponible para consulta externa durante el periodo 2004-2010.

El Ministerio del Interior, publica unos Anuarios Estadísticos disponibles en página web del Ministerio a partir de 1989. En el Capítulo 2 de Seguridad Ciudadana incluye los datos de actuaciones policiales anuales por tipos de delitos. Los datos proceden, principalmente, de la Guardia Civil y Policía Nacional, a partir de la instrucción de atestados.

La Ertzantza aporta datos desde enero de 1998 (aunque no todos los años se han incluido), los Mossos de Escuadra desde el año 2011 y la Policía Foral de Navarra desde el 2013. Cuando los datos autonómicos no han sido tenidos en cuenta se entiende que los datos globales excluyen estos territorios autonómicos.

Las estadísticas ofrecidas por el Ministerio del Interior son muy complejas y con grandes variaciones en la fuente de datos, tipo de datos y cifras, entre unos años y otros.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad) hace un seguimiento estadístico sobre las cifras de violencia y muerte de mujeres a manos de sus parejas o familias.

La Fiscalía General del Estado elabora una Memoria Anual que recoge la intervención de las Fiscalías provinciales en los procedimientos judiciales, de lo que puede derivarse un estudio de la criminalidad. Están disponibles las Memorias en la página web de la Fiscalía a partir del año 2009.

#### **2.2.2.1.- Cifras de homicidios a nivel internacional:**

- 1.-Datos globales
- 2.-Género de las víctimas
- 3.-Edad de las víctimas
- 4.- Género de los homicidas
- 5.- Edad de los homicidas
- 6.- Relación agresor-víctima

#### **2.2.2.2.-Cifras de Homicidios en España:**

- 1 -Cifras generales
- 2.- Muertes vinculadas a la violencia de género



- 3.-Homicidio de menores en España.
- 4.-Menores Homicidas
- 5.-Terrorismo

### **2.2.2.1-Cifras de homicidio a nivel internacional**

#### **1.- Datos globales internacionales**

Tomamos como punto de partida el Informe de las Naciones Unidas de prevención del delito y del crimen, Global Study on Homicide 2013 (UNODC 2014).

Este informe estima que en el año 2012, 437.000 personas murieron por homicidio intencional en el mundo: el 36% en América, el 31% en África, el 28% en Asia, 5% en Europa y 0,3% en Oceanía.

El promedio global de muertes homicidas interpersonales fue en el año 2012 de 6,2/100.000 habitantes (en el año 2011 fue del 6,9/100.000 habitantes). La tendencia es hacia un descenso de las cifras de homicidios en los últimos años. En el año 2000 la OMS calculó una tasa de homicidios global de 8,8 muertes/100.000 habitantes (OMS 2002).

Sin embargo, no es un descenso homogéneo, y entre 2005 y 2009, ha descendido en 101 países, que ya poseían las tasas más bajas, mientras se mantiene estable o aumenta en regiones con tasas previamente altas. La evolución es hacia una polarización de la violencia entre regiones.

Hay países donde la tasa de homicidios supera los 30/100.000 habitantes, como Honduras (90,4/100.000), El Salvador (41,2/100.000) y Venezuela (53,7/100.000) que contrasta con Afganistán que a pesar del conflicto civil la tasa es de 9,3/100.000 e Irak 10,0/100.000 en el año 2012.

La violencia parece estar concentrada en regiones y poblaciones concretas, en áreas densamente pobladas, zonas de migración y fronteras y en grandes ciudades. En regiones que agrupan el 11% de la población mundial ocurre el 46% de los homicidios del mundo, localizados en América y África.

América Central es la región más peligrosa del mundo y los homicidios están asociados al crimen organizado y las bandas, donde representa el 30% del total de homicidios, mientras que no llega al 1% en Oceanía, Europa y Asia.

Las muertes vinculadas al narcotráfico y al crimen organizado pueden tener grandes oscilaciones en breves espacios de tiempo.

Dentro de una ciudad la criminalidad se concentra en barrios, áreas de hacinamiento, pobreza y marginalidad.

En Europa, las tasas globales de homicidio son bajas y con tendencia a un suave descenso (UNODC 2012).

#### **2.- Genero de las víctimas**

La violencia está polarizada en el género masculino, tanto en agresores como en víctimas. La tasa global de víctimas de género masculino es de 9,9 hombres frente a 2,7 de

mujeres/100.000 habitantes. En América, las tasas de víctimas masculinas llegan hasta 30/100.000 habitantes.

En los homicidios intrafamiliares y de pareja, las víctimas son, sobretodo, mujeres.

Cuando un país muestra una mayor proporción de víctimas mortales del sexo femenino, es un indicativo que en ese país la violencia tiene una tasa de homicidio baja. Al comparar las muertes por violencia de género respecto una tasa global de muertes, la violencia de género aparece como desproporcionadamente alta en países “pacíficos” y más baja en países “violentos”. Se trata de un fenómeno comparativo dentro de un país, pero no permite establecer relaciones entre cifras absolutas.

Una cosa que se ha comprobado es que, en regiones con tendencias bajas de homicidios, como Europa, lo que sigue descendiendo son las víctimas masculinas, no las víctimas femeninas. El tradicional desequilibrio hacia las víctimas masculinas está poco a poco, desapareciendo. Si la tendencia continúa, se espera que en Europa haya países con más víctimas de femeninas que masculinas.

Esto mismo no es de aplicación para los homicidas, en que claramente predomina el sexo masculino (UNODC 2014).

### 3.- Edad de las víctimas

Más de la mitad de todas las víctimas de homicidio en el mundo tienen menos de 30 años. El 8% de las víctimas son menores de 15 años. Aproximadamente un tercio de las víctimas tienen entre 30-44 años.

América cuadruplica el promedio global de víctimas en edad entre los 15 y los 29 años.

Según datos de la OMS (2002) en el periodo entre 1985-1994 en el Reino Unido las tasas de homicidio entre los jóvenes de 10 a 24 años de edad aumentó un 37,5% (de 0,8/100 000 a 1,1/100 000), en Francia, aumentó un 28,6% (de 0,7/100 000 a 0,9/100 000) y en Alemania un 12,5% (de 0,8/100 000 a 0,9/100 000) entre 1990 y 1994.

En Europa, las víctimas se sitúan en la franja de 30-44 años y de 45-59 años.

En el caso de las mujeres en Europa, son las mayores de 30 años las que tienen más riesgo de muerte, debido a la violencia de género/intrafamiliar (UNODC 2012).

### 4.-Genero de los homicidas

Solo unos pocos países disponen de datos sobre personas sospechosas de homicidio, pero prevalece el género masculino.

En la mayor parte de los países los hombres representan más del 85% de los homicidas (Flynn 2013) y existe un vínculo con la tasa general de homicidios. Cuanto más alta es la tasa de homicidio, mayor es la proporción de hombres entre los sospechosos.

## 5.- Edad de los homicidas

La mayor tasa de homicidas en el mundo corresponde a los hombres de 15 a 29 años de edad (19,4/100 000), seguidos de cerca por los de 30 a 44 años (18,7/100 000) (OMS 2002).

Según datos de Estados Unidos, en el año 2005, la edad media de los homicidas fue de 28,5 años (Bureau of Justice Statics 2010) pero según el FBI (Federal Bureau of Investigation) en el año 2012, la mayor proporción de homicidas se situaba en la franja de 20-24 años, seguido de los homicidas entre los 25-29 años y, en tercer lugar, los homicidas de edad entre los 17 y los 19 años. Como datos curiosos hay un caso registrado de un niño entre 5-8 años, acusado de homicidio y 20 niños, entre 9 y 12 años, 15 chicos y 4 chicas (1 de sexo desconocido). Las mujeres homicidas representan el 10% de la muestra.

Rodway et al. (2011) analizan una muestra de homicidas (< 18 años) en Inglaterra y Gales y encuentra una tasa de homicidio juvenil de aproximadamente 0.1/100.000 habitantes, representa el 6% de los homicidios. La tasa de homicidios juveniles en Finlandia es del 8%, en USA el 10% y en Canadá el 12%.

En Inglaterra y Gales la edad media de los homicidas fue de 27 años (Appleby et al. 2006)

## 6.-Relación agresor-víctima

Aproximadamente el 14% de los homicidios mundiales son intrafamiliares o de pareja. Se distribuyen a lo largo de todo el mundo, sin importar nivel de riqueza o desarrollo, factores de riesgo o de protección.

En cifras absolutas, la mayor incidencia de violencia intrafamiliar está en América, sin embargo, si se compara la violencia intrafamiliar con la cifra total de muertes violentas de la región, esta violencia parece baja. Se trata de una cuestión de comparación.

Las muertes por violencia intrafamiliar son muy estables en el tiempo, porque se asocian a factores subyacentes como los roles de género y valores culturales, que no cambian de forma llamativa a corto plazo.

En Europa, hay pocos homicidios de “calle” y las muertes están vinculadas a grupos pequeños de personas marginadas o enfermos y a la violencia doméstica.

A nivel global, el 47% de mujeres víctimas de homicidio lo son a mano de parejas o familiares. Representan más del 50% en Europa, Asia y Oceanía. En hombres, la violencia familiar solo representa el 6% de las muertes.

La muerte de familiares también se relaciona con la presencia de enfermedades mentales de los homicidas. En una muestra de homicidas con esquizofrenia, en Inglaterra y Gales (Swinson and Shaw 2007.b), el 39% de las víctimas era un miembro de la familia, en el 24% la víctima era la pareja/expareja y solo en un 14 %, un extraño.

## 2.2.2.2.-Cifras del homicidio en España

### 1.-Cifras generales

El Instituto Nacional de Estadística (INE) muestra una evolución descendente del homicidio en España en los últimos años.

Las tasas aquí mostradas son elaboraciones propias con datos del INE. Se realizan con datos de población (censos demográficos) a 1 de enero de cada año (1992-2013) y de las cifras anuales de muertes por agresiones (homicidios), en el Capítulo de Salud: Defunciones por causa de muerte (lista reducida). Son cifras anuales de las muertes por homicidio, discriminando el género de las víctimas.



**Figura 2: Tasa total de homicidios para España (1992-2013), a partir de datos del INE (cifras de muerte por agresiones/datos de población a 1 de enero de cada año)**

Estos datos, son ligeramente diferentes de las “Tasas de homicidios estandarizadas por edad según sexo” dentro del capítulo de Seguridad física y personal, dentro de la propia base del datos del INE.

Se trata de una estadística muy básica, sin más especificaciones. Se han incluido en este capítulo porque los datos aportados por el Ministerio del Interior, son aún más parciales, contradictorios y de difícil comprensión.

Por otro lado, en las estadísticas del Ministerio del Interior, entre el año 2007 y 2012 los delitos de homicidios no se especifican, quedan incluidos dentro de Delitos contra la Vida, la Integridad y la Libertad de las Personas. Posteriormente, en el Anuario Estadístico del Ministerio correspondiente al año 2013, se aportan datos de estos años, que proceden de la estadística de Eurostat.

La Fiscalía General del Estado publica Memorias anuales, disponibles en el portal online [Fiscalia.es](http://Fiscalia.es), desde el año 2009, que recoge datos del año 2008. Bajo el epígrafe Del homicidio y sus formas, publica el registro de diligencias previas, por hechos intencionados de homicidio y sus formas. Incluyen el asesinato y el auxilio e inducción al suicidio, cometidos dolosamente o por imprudencia, consumado o tentado.

Por lo tanto, las cifras reflejadas en las estadísticas son superiores a las del homicidio consumado.

**Tabla1: Homicidios en España. Fuente: Memoria Fiscalía General del Estado (2013)**

	Año 2011	Año 2012	Diferencia	Porcentaje
Homicidio .....	1.183	1.215	32	3
Asesinato .....	111	92	-19	-17
Homicidio por imprudencia ...	850	619	-231	-27

## 2.- Muertes vinculadas a la violencia de género

**Tabla 2: Homicidio de mujeres por violencia de género. Fuente: Memoria Fiscalía General del Estado (2013)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
VÍCTIMAS	75	74	59	74	68	52
NO DENUNCIAN	49	55	41	53	52	42
SÍ DENUNCIAN	26	19	18	21	6	10
ESPAÑOLAS	43	35	39	49	1	41
EXTRANJERAS	32	39	20	25	27	11
REANUDARON LA CONVIVENCIA	7	7	9	7	3	4

La Fiscalía General del Estado, a través del Fiscal de Sala Coordinadora contra la Violencia sobre la Mujer, elabora un informe sobre la violencia de género y las muertes de mujeres. Estos datos se incluyen en las Memorias Anuales de la Fiscalía (fiscalía.es). Están sobrerrepresentadas, entre las víctimas, las mujeres extranjeras asesinadas, en base a datos comparativos poblacionales. Sin embargo, el ratio de mujeres fallecidas extranjeras está bajando a lo largo de los años.

Las cifras de mujeres fallecidas proporcionadas por la Fiscalía General del Estado difieren de las proporcionadas por el Observatorio Estatal de la Violencia de Género, que desde su creación hace un seguimiento de víctimas de violencia de género e intrafamiliar.

El V Informe Anual del Observatorio (2012) recoge 61 mujeres fallecidas en el año 2011, mientras que la Fiscalía habla de 68 mujeres muertas. En el periodo 2003-2011 la cifra total de víctimas es de 606 mujeres. El 55,6% de las mujeres, murieron a manos de su pareja o expareja.

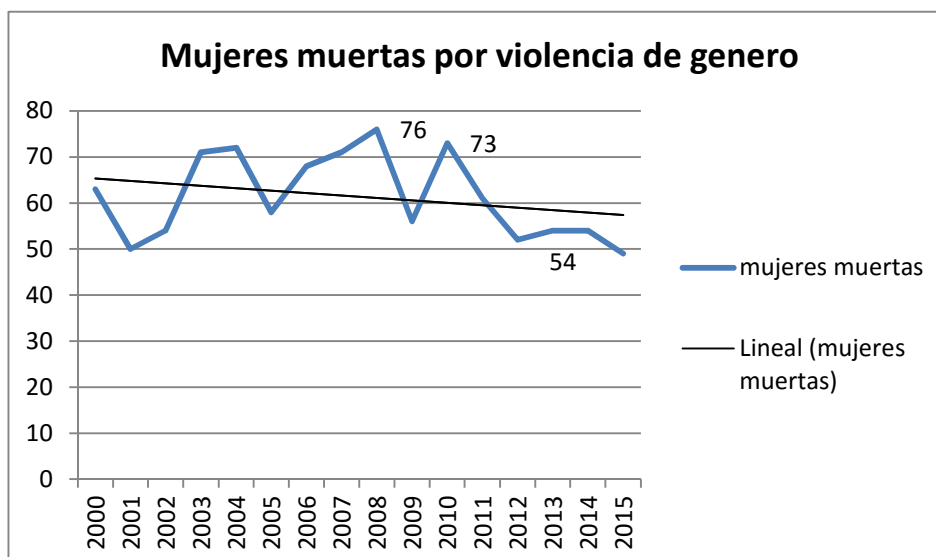


Figura 3: Mujeres muertas por violencia de género (2000-2013). Datos procedentes del Portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la violencia de género y del Observatorio estatal de violencia sobre la mujer. Ministerio de Sanidad

### 3.-Homicidio de menores en España

En España son escasos los datos sobre la incidencia real de muerte y violencia en los niños. El Centro Reina Sofía de Estudio de la Violencia hizo público, en el año 2008, el estudio “Menores asesinados por sus padres. España” basado en la noticias publicadas entre 2004-2007.

Este estudio calcula que cada año muere en España 12 menores a manos de sus padres, es decir, dos por cada millón (la mitad de ellos con una edad comprendida entre 0 y 24 meses). El 85,71% de los casos, los agresores son los padres.

### 4 -Menores Homicidas

Según la Fiscal de Sala coordinadora de Menores, en 2012 hubo 13 *homicidios* y *asesinatos* cometidos por menores de 18 años, con 17 imputados: 10 extranjeros, en su mayoría sudamericanos y 7 españoles. Tres de los adolescentes son mujeres (Fiscalía General del Estado 2013).

En tres ocasiones, los imputados (un chico y dos chicas de 15 y 16 años), han intervenido como inductores/cooperadores del homicidio, dentro de relaciones familiares. En dos casos, el homicidio se relacionaba con robos y en otras dos ocasiones, el móvil fue las disputas previas entre agresor/víctima o entre la familia de ambos.

Otros dos casos, son secundarios a disputas aparentemente triviales. Los episodios más alarmantes se han producido en Madrid y Barcelona, en el contexto y actividades de bandas o grupos organizados de origen sudamericano (Latin Kings, Ñetas, Bloods).

Dos miembros de la banda *Latin Kings* (17 y 15 años) propinaron una mortal paliza a un tercero como forma de sanción.

La Fiscalía de Menores de Madrid, en concreto, observa con preocupación el empleo de armas de fuego en un asesinato cometido el último año, puesto que los miembros de las bandas en España se suelen enfrentar con armas blancas u objetos contundentes.

En el año 2013 (Informe 2014) se han reducido los homicidios a 9: 6 asesinatos y 3 homicidios.

## 5.-Terrorismo

En España y según la información antiterrorista proporcionada por el Ministerio del Interior (web), se contabilizan un total de 1.380 víctimas mortales atribuidas al terrorismo de ETA, GRAPO, terrorismo islámico e internacional.

El grupo más activo y duradero ha sido ETA, que empieza a matar en 1968 y la última víctima mortal es del año 2010. Ahora se encuentran en una tregua, aparentemente definitiva. Ha provocado 829 víctimas mortales directas, aunque son incalculables las víctimas mortales indirectas. De las 829 víctimas, 486 eran miembros de fuerzas armadas o policiales y 343 civiles (periodistas, cocineros, hosteleros, taxistas, empresarios, banqueros...).

De acuerdo a los datos de la Asociación de Víctimas del Terrorismo, en Bizkaia ha habido un total de 232 víctimas, el 27% del total de víctimas terroristas, desde 1969. De estas víctimas, 47 ocurren entre 1992-2013 (periodo del estudio). El periodo con más víctimas en Bizkaia fue entre 1978 y 1982. En el año 1980 hubo 32 víctimas mortales por terrorismo, solo en la provincia de Bizkaia.

### **2.3.-FACTORES DE RIESGO PARA EL HOMICIDIO**

El homicidio y la violencia es una conducta multidimensional que está determinada por una serie de factores, cada uno de ellos insuficiente para predecir la conducta violenta.

Ante problemas tan complejos, una estrategia eficaz es conceptualizar sus determinantes más como factores de riesgo que como causas.

Para Berkowitz (1996) un factor de riesgo es una condición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de acciones agresivas aunque no de forma invariable. Loeber (1990), por otra parte, conceptualiza los factores de riesgo como eventos que ocurren con anterioridad al inicio del problema y que predicen el resultado posterior, incrementando la probabilidad de su ocurrencia por encima de los índices básicos de la población.

Los factores de riesgo son probabilísticos, no deterministas y actúan como elementos predictores. Que una persona posea un factor de riesgo no significa que necesariamente vaya a ser violento o mate a otra persona. Significa, que si lo comparamos con un individuo sin esos factores, tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en esas conductas. Los factores de riesgo no operan en solitario, sino que tienen un efecto acumulativo en el campo de la psicopatología, violencia, criminalidad, abuso de sustancias y desempleo, entre otros.

En violencia grave y homicidios, Fabian (2010) recoge como factores de riesgo con efecto acumulativo:

- 1).- Déficit intelectual (CI igual o inferior de 80, límite inferior de la inteligencia normal).
- 2).- Poco interés escolar y bajo rendimiento.
- 3).- Lesiones en la cabeza, con daño neurológico y lesión orgánica.
- 4).- Déficit neuropsicológico y cognitivo.
- 5).- Patología psiquiátrica, principalmente esquizofrenia y trastornos afectivos.
- 6).- Historia familiar de abuso y negligencia.
- 7).- Abuso de drogas en los padres.
- 8).- Antecedentes de consumos de drogas.
- 9).- Separación familiar.

Es importante señalar que hay elementos de riesgo que ya han quedado descritos en capítulos anteriores, como los factores biológicos (genéticos, de neurotransmisores y neurológicos) que configuran el riesgo o predisposición biológica pero que no se van a volver a repetir.

### **2.3.1.- Cultura y medios de comunicación**

La cultura es un conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico (Eagleton 2001).

Tiene dos funciones primordiales: generan contextos de relación para las personas a través del lenguaje, de actividades y de unas creencias compartidas y, por otro lado, proporcionan seguridad y estabilidad grupal que facilita el desarrollo individual.

Existe una transmisión intergeneracional de la cultura y cada sociedad tiene un determinado modelo cultural. La cultura tiene en cuenta los valores dominantes en la sociedad y lo abarca todo: el lenguaje, el rol de género, las creencias religiosas, los ritos y costumbres, vestido, literatura y ocio, concepto y tolerancia de la violencia, entre otros.

El género es una parte integral de la estructura social y de nuestras instituciones (Lerne 1986, Shepard 1987 citados en Lorente A. y Lorente A. 1999). La sociedad es el lugar donde se representa el problema de la violencia y puede ser el caldo de cultivo que permite su desarrollo, crecimiento y extensión (Lorente A. y Lorente A. 1999).

El análisis del papel de la cultura en la violencia ha tenido un desarrollo extraordinario en el estudio de la violencia de género. No se trata de un problema único ni un problema nuevo, lo que ha cambiado es el foco de interés en el problema.

La sociedad otorga un valor diferencial a los géneros, masculino y femenino y organiza la vida, los trabajos y las relaciones de cada uno de ellos. Lo social, en su dimensión interpersonal y colectiva, participa en el proceso de construcción de la identidad personal, en la que tiene un papel muy significativo la variable género (Gonzalez y Fernandez 2015).

Socio-culturalmente y, de acuerdo a las teorías feministas, la violencia del hombre contra la mujer es vista como la manifestación de una desigualdad de géneros y como un mecanismo para conseguir la subordinación de la mujer. Los valores sociales patriarcales colocan a la mujer en una posición de desigualdad y la violencia sirve para continuar manteniendo el status quo de la dominación masculina y de la inferioridad femenina. Este modelo cultural penetra en el espacio íntimo de relación, afectando profundamente las relaciones de hombres y mujeres.

Por otro lado, la cultura y la norma social legitima o deslegitima los derechos y las responsabilidades de las personas en función de categoría social y de su género, entre otros factores. Estas normas favorecen el papel de supremacía del varón y de inferioridad de la mujer, que cuando no es respetado, puede dar lugar a explosiones de violencia (Lorente A. y Lorente A. 1999).



El concepto de tolerancia a la violencia procede de la teoría de los derechos humanos y se refiere a la omisión, permiso, promoción y excusa de la violencia contra las mujeres.

De acuerdo con el Secretario General de las Naciones Unidas (ONU 2006) la tolerancia a la violencia contra las mujeres se entiende como:

*Varios de los medios principales por conducto de los cuales se mantienen la dominación masculina y la subordinación de las mujeres, entre ellos figuran los siguientes: la explotación del trabajo productivo y reproductivo de las mujeres; el control sobre la sexualidad y la capacidad de reproducción de las mujeres; las normas culturales y las prácticas que abroquelan la condición desigual de las mujeres; las estructuras estatales y los procesos que legitiman e institucionalizan las desigualdades de género, y la violencia contra la mujer. La violencia contra la mujer es a la vez un medio de la perpetuación de la subordinación de las mujeres y una consecuencia de su subordinación.*

### **2.3.1.1.- Televisión y medios de comunicación**

La sociedad postindustrial ya no existe, vivimos en una sociedad globalizada basada en la tecnología de la información y de la comunicación (Castells 2004).

Durante medio siglo, el medio de comunicación de masas preferente ha sido la televisión, aunque está siendo sustituido por otras fuentes, como las redes sociales.

Los medios de comunicación son la principal fuente de conocimiento del mundo actual, y son las herramientas más poderosas para educar, sensibilizar e informar a la comunidad acerca de la naturaleza y la realidad de los trastornos mentales. Pueden eliminar prejuicios y falsas creencias y favorecer actitudes positivas, basadas en el conocimiento (OMS 2001).

El paciente psiquiátrico está fuertemente estigmatizado, y las personas con esquizofrenia son las que, probablemente, sufren el mayor estigma de la enfermedad mental (Gonzalez Torres et al. 2006). Uno de los prejuicios más importantes en el enfermo mental le vincula con la violencia y la peligrosidad, debido a la imagen sobre ellos proyectada por los medios de comunicación y la ignorancia (Angermeyer et al. 2003).

La información que transmiten los medios de comunicación sobre la enfermedad mental graves no es neutra. La estigmatización del enfermo frena su participación social y él reacciona con el autoaislamiento, lo que limita su recuperación y rehabilitación clínica y social (Muñoz et al. 2009).

La estigmatización se combate, también, realizando un trabajo de sensibilización y educación a través del contacto directo con las personas implicadas en la enfermedad mental (desde el propio enfermo, sus familiares, profesionales de la salud, etc) y a través de los medios de comunicación, con campañas de educación del público (OMS 2001).

La televisión es un miembro más de la familia y un factor importante de socialización de las personas, con una función de formar, informar y entretener. Pero una característica que tiene, es que en ella está sobrerrepresentada la violencia, en todo tipo de programas y de formatos, tanto para adultos como para niños.

Numerosas investigaciones se han dirigido a analizar el impacto que tiene sobre los niños la violencia mostrada en la televisión.

Donnerstein (2005) recoge que, en el año 1992, un niño había visto aproximadamente 8.000 asesinatos y más de 100.000 actos violentos en la televisión. Estas cifras se multiplican en el caso de los adolescentes y son ridículas ante la proliferación actual de la violencia en canales, TV de pago, tablets, teléfonos móviles, YouTube, etc.

Un estudio clásico, considerado muy riguroso sobre el impacto de la violencia en la televisión fue llevado a cabo por Barbara Wilson y col. en la Universidad de California en el año 1.995 (citado en Donnerstein 2005) el National Televisión Violence Study. Analizó el fenómeno de la violencia como entretenimiento y las conclusiones del estudio son:

1.- La aparición de contenidos violentos contribuye a la aparición de efectos antisociales en los espectadores.

2.- Hay tres tipos de efectos provocados por la violencia en la televisión:

2.1.-El aprendizaje de actitudes y conductas agresivas.

2.2.-La insensibilización ante la violencia.

2.3.-Temor a ser víctima de violencia.

3.-No todas las manifestaciones de violencia en la televisión tienen el mismo impacto en los espectadores. Son variables diferenciales el tipo de violencia que se muestra, los personajes utilizados, la presentación o no de las consecuencias, mostrar el dolor y sufrimiento de las víctimas y el tipo de armas utilizado.

El peor modelo de violencia es: que la ejerza un personaje atractivo, motivado por la defensa de un ser querido, el bienestar de la humanidad o autodefensa, con una víctima poco atractiva o pertenecientes a poblaciones estigmatizadas (como rusos o árabes), las representaciones explícitas y realistas de la violencia, que no haya castigo o consecuencias negativas para el agresor (muchas veces ocurre lo contrario, obtiene un premio) y no se muestre el daño y dolor que provoca la violencia. Otro factor muy negativo es que la violencia esté impregnada de sentido del humor.

En el binomio persona-televisión, la personalidad y características del espectador parecen determinantes en las consecuencias de la violencia percibida. Parece haber un acuerdo en que las personalidades más predispuestas hacia la violencia, son en las que tiene más impacto el ser espectador de violencia. Las personas más violentas son los que consumen más violencia (Huessmann 2005).

Hay también un efecto acumulativo en la violencia. En un estudio longitudinal de 10 años de duración, State et al en (1972 citado en Huessmann 2005) los niños que habían consumido mayores cantidades de violencia, acababan teniendo niveles más altos de agresividad diez años más tarde y mayores tasas de delincuencia 22 años después.

Existe un caso paradigmático sobre la influencia de la violencia y la disponibilidad de armas. Es la matanza de estudiantes del Instituto de Columbine, el 20 de abril de 1999. Dos adolescentes, Eric Harris y Dylan Klebold, de 17 y 18 años, respectivamente, asesinaron bajo una estética de la película *The Matrix* a 12 alumnos y un profesor antes de suicidarse.

Estos jóvenes dejaron grabaciones sobre sus intenciones y la preparación del homicidio y cómo, se inspiraron en la película *Matrix* y *Diario de un rebelde* de Leonardo

DiCaprio. La masacre quedó registrada en las cámaras del circuito interno de seguridad del centro y aún pueden verse por Youtube (Sanmartin 2005 y el País 16-09-2013).

El 17 de abril del 2007 en la Universidad Politécnica de Virginia, Estados Unidos. Cho Sueng Hui, un surcoreano de 23 años entró en el campus y en el lapso de tres horas disparó contra varios estudiantes, cobró las vidas de 32 y se suicidó. Pero antes había enviado un video a la cadena de noticias NBC *“Ustedes tuvieron un billón de oportunidades para evitar lo de hoy. Pero han decidido derramar mi sangre”* (elPaís).

La transmisión de la violencia en los medios de comunicación tiene múltiples caras. Un ejemplo está en un Informe preliminar elaborado por la Universidad de Granada sobre “la distribución espacio-temporal de los femicidios habidos en España entre los años 2003 al 2010” (Luna del Castillo 2011).

Este informe recoge, cómo, los homicidios de mujeres tienden a concentrarse temporalmente en un patrón estable. El riesgo de que se cometa un asesinato al día siguiente de un caso previo aumenta un 67 por ciento y a los diez días en un 30 por ciento. Es posible que el eco que los medios de comunicación hacen de cada muerte de una mujer influya en alguna medida en este fenómeno.

### **2.3.1.2.-Internet y nuevas tecnologías**

En la actual sociedad globalizada, las tecnologías de la información son de uso masivo y, sobre todo, entre las personas más jóvenes, que viven en un ecosistema tecnológico y que les da conocimiento y configura sus relaciones.

Internet es la herramienta que ha permitido la globalización y, hoy por hoy, es un medio donde prima la libertad de expresión y se ejerce poca censura.

Se han creado foros, blogs, chats, logs, portales, etc. donde se alimenta y se trasmite la xenofobia, pedofilia, películas “snuff” (películas con asesinatos reales), incitaciones al suicidio, venta de drogas y de armas, ofertas para contratar sicarios, enseñanzas sobre métodos de asesinato, incitaciones al homicidio....Con la excusa del anonimato se llegan a excesos de la libertad de expresión, pero cuya importancia e impacto aún estamos por conocer.

El Estado islámico, ideología radical que aspira recuperar un estado feudal o Califato, utiliza de forma exitosa las nuevas tecnologías, con fines propagandísticos. Utilizan tecnologías avanzadas y puestas en escena muy cuidadas, con uso profesional de la luz, del entorno físico, del color y del contenido de sus atrocidades. Se están elaborando estudios sobre cómo utilizan las nuevas tecnologías de forma profesional, similar al mundo de la publicidad y del marketing.

Es posible que internet y las redes sociales se conviertan en lugares donde se libren batallas del nuevo terrorismo

### **2.3.2. -Maltrato y Adversidad infantil**

Las adversidades y el maltrato infantil son predictores importante de problemas mentales, trastorno antisocial de la personalidad y conducta violenta en la vida adulta.

Son muchos los factores adversos en la vida de los niños, no se identifican efectos concretos asociado a variables concretas. La severidad y el efecto acumulativo de las experiencias adversas tienen una correlación positiva con el riesgo de violencia (Caspi et al 2002) y Foley et al. (2004) aunque también influye la edad del niño en el momento de la exposición a la adversidad (Borja and Ostrosky 2013)

Estudios con grandes muestras de población encuentran un OR entre 4-14 veces mayor de riesgo de conducta violenta o de un trastorno antisocial de la personalidad después de adversidad infantil severa (Caspi et al. (2002), Nilsson y al (2005), Reif et al. (2007).

Loeber (2005) ha estudiado específicamente el riesgo de conducta homicida en un estudio prospectivo con chicos de una muestra escolar (n=1517). La conducta violenta de los chicos, estaba asociada a variables como: el nivel de ingresos y bienestar de la familia, la edad de la madre y condiciones del barrio, características de los amigos, delincuencia juvenil y abuso de drogas, abandono y fracaso escolar, entre otros. La probabilidad de cometer actos violentos aumentaba de forma proporcional al número de factores de riesgo y el subconjunto de factores que predice la conducta violenta también predice el homicidio.

Para Adrian Raine (2013) son variables predictoras de violencia las complicaciones en el embarazo y parto, problemas del vínculo afectivo del niño con la madre, el rechazo materno, la malnutrición del niño, deprivación social, violencia física o psíquica y el abandono emocional.

La alimentación y la presencia de nutrientes (hierro, omega-3, zinc y vitaminas, carbohidratos, etc.) se configuran como factores críticos para el adecuado desarrollo físico e intelectual del niño. Repetidamente se ha comprobado la relación entre el bajo coeficiente intelectual y la violencia, al ser la inteligencia un factor mediacional entre el sustrato biológico y la conducta violenta exhibida (Raine 2013).

### **2.3.3-- Factores económicos**

Según su definición estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales, aunque en términos amplios significa la insuficiencia de medios y la falta de recursos sociales o educativos.

La pobreza conlleva el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar. Es una realidad en los países pobres y en los países ricos, donde afecta a los pobres, los excluidos sociales, las minorías étnicas y los inmigrantes sin papeles.

De acuerdo al Informe Mugahh (Brender 2012), existe un círculo vicioso entre la violencia, la pobreza y la desigualdad, que se refuerzan mutuamente

En la pobreza se dan factores que favorecen la emergencia de trastornos mentales, que a su vez transitan hacia la pobreza (OMS 2001). La evolución de los trastornos

mentales y del comportamiento, está condicionada por la situación socioeconómica del individuo y el acceso a los recursos de salud comunitarios.

En los países pobres hay muy pocos recursos para la asistencia médica y psiquiátrica. En los países ricos los recursos pueden no ser universales y estar limitados (OMS 2001).

Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones, es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento y la violencia.

La inseguridad y las altas tasas de violencia se concentran en zonas pobres, densamente pobladas, precarias, zonas de migración y fronteras (UNODC 2012 y 2014).

La población mundial se está desplazando hacia las ciudades, lo que abre nuevas oportunidades de trabajo y desarrollo, pero también favorece la precariedad y la inseguridad, con la aparición de criminalidad y violencia.

Las grandes urbes concentran altas tasas de criminalidad, aunque todavía no se conocen las causas concretas de esta asociación entre ciudad y violencia. Una excepción son las ciudades de Este de Europa, como Moscú, Minsk, Kiev y Bucarest donde las tasas de homicidios son considerablemente menores que las tasas de homicidio de cada país. En Amsterdam, Bruselas y Brujas y, sobretudo, grandes urbes centroamericanas, las cifras de muertes superan al total de las muertes de sus países respectivos (UNODC 2014).

Dentro de las ciudades, los barrios más urbanizados y pobres, presentan los riesgos más altos de homicidio, pudiendo multiplicar las tasas del resto de la ciudad.

Pero, además de la pobreza, hay otros factores asociados a la violencia, como el grado de desarrollo y el nivel de igualdad social, que muestran una relación inversa con la tasa de muertes.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) mide el progreso medio conseguido por un país en tres aspectos básicos: esperanza de vida al nacer; tasa de alfabetización de adultos y el producto interno bruto per cápita (UNODC 2012). Las altas tasas de homicidio se producen en países con bajos niveles de desarrollo humano (sobre todo de África). La única excepción son los países con IDH “alto”, de América Central y América del Sur, en los que la violencia se asocia a la droga y al crimen organizado (UNODC 2012).

La desigualdad es también un factor importante en el homicidio. En países con grandes desigualdades de ingresos las tasas de homicidio casi cuadruplican a las tasas de las sociedades más igualitarias y equitativas.

### **2.3.4.-Armas**

Un elemento muy importante de los homicidios es el arma que se utiliza: un cuchillo, un bate de béisbol, armas de fuego, etc.

En la elección del arma o modus operandi influyen muchas variables: si el hecho ocurre dentro de un domicilio vs la calle, si se trata de homicidios de bandas o crimen organizado, o la variable género. Entre los hombres se usan más las armas de fuego mientras que las mujeres recurren con más frecuencias al cuchillo de cocina (Catanesi et al. 2011).

### 2.3.4.1.-Armas de fuego

El CIE-10 en la categoría de agresiones (X85-Y09) incluye 6 códigos para identificar agresiones con armas de fuego: disparo de arma corta; disparo de rifle, escopeta o arma larga; disparo de armas de fuego no especificadas y agresión con material explosivo.

Con datos de salud pública, el 42% de los homicidios en el mundo se producen con armas de fuego, aunque en América son el 74%, de los homicidios, debido a su relación con la delincuencia organizada y las pandillas.

En América, un hombre de cualquier edad, tiene seis veces más probabilidades de ser asesinado con un arma de fuego que con un cuchillo. En Europa, es menor la presencia de armas de fuego aunque en la Europa meridional y oriental la proporción de muertes con armas blanca y armas de fuego están más equilibradas (UNODC 2012).

En España, existe un control estricto de licencias de armas de fuego pero en provincias como Málaga las licencias triplican la media nacional y los homicidios por arma de fuego duplican las media nacional (Ramos 2011). En la Costa del Sol hay mayor implantación del crimen organizado y de las bandas de tráfico de drogas.

En España, la disponibilidad de armas de fuego dentro del hogar es valorado, en todos los protocolos, como un factor de riesgo de muerte para la mujer (UNODC 2014).

Existe un intenso debate, en Estados Unidos, sobre la disponibilidad de armas de fuego y el nivel de homicidios. Hay dos posiciones enfrentadas, entre los que sostienen que la tenencia de armas “facilita” la comisión de delitos y las muertes violentas y los que utilizan la hipótesis de la “disuasión”. Esta teoría sugiere que la disponibilidad de armas puede impedir una agresión criminal, porque puede neutralizar al delincuente armado y modificar el equilibrio de poder en favor de la víctima.

Small Arms Survey (2011) está considerada como la base de datos más importante sobre la disponibilidad de armas por parte de las personas civiles en todo el mundo. Los índices nacionales, oscilan entre una tasa del casi 90 armas de fuego por cada 100 personas en los Estados Unidos y menos de 1 arma/100 personas en Corea del Sur. Se calcula que en España había en el 2007, 10,4 armas/100 habitantes.

A la cabeza del ranking de posesión está Estados Unidos, seguido de Yemen y, en tercer lugar, Suiza. Hay una gran diferencia entre la tasa de homicidios en Estados Unidos y en Suiza y esto lleva a pensar que no hay relación directa entre la posesión de armas y su uso.

Las armas de fuego son fundamentales en el homicidio por su letalidad y su disponibilidad (Catanesi et al. 2011), pero, el contexto, la cultura, el nivel y tipo de delincuencia son algunos de los factores que puede determinar, o no, el elemento “facilitador” de los homicidios (UNODC 2012).

#### **2.3.4.2.-Arma blanca**

Las armas blancas, objetos cortantes o punzantes, están relacionados con las muertes violentas en países europeos, donde representa el 36% de las muertes, frente al 16% en América.

Lesiones típicas con armas blancas desde un punto de vista médico-legal son (Gisbert Calabuch 2004):

- -Lesiones con objetos punzantes (agujas, punzones, flechas, floretes, lanzas, etc.).
- -Lesiones con instrumentos cortantes (cuchillos, navajas, bisturís o similares)..
- -Lesiones con objetos cortopunzantes (cuchillos, puñales, estiletos, etc.).
- -Lesiones con objetos cortantes y contundentes (hachas, azadas, sables, cuchillos pesados, etc.).

Hasta en un 24%, los homicidios se producen con objetos muy cotidianos como botellas y vasos rotos, que actúan como objetos cortantes (UNODC 2014). La letalidad inmediata de las lesiones con armas blancas depende de la región anatómica afectada. La muerte se suele producir por hemorragia o embolia gaseosa (Gisbert Calabuch 2004). Una lesión mortal característica es el degüello, lesión que afecta al cuello y sus estructuras.

Es probable que las armas se relacionen con la diferentes tipologías de homicidio en América y en Europa, donde predominan los homicidios de pareja o intrafamiliares y se usan armas blancas, como cuchillos, navajas, tijeras... utensilios domésticos, sin olvidar la contusión con objetos, la asfixia y estrangulación (Richard-Devantoy et al. 2009).

Los ingleses tienen dos veces más probabilidades de morir por objeto contundente, cuatro veces más probabilidad de morir por puñetazos y patadas y más de diez veces de probabilidad de morir por un arma blanca, frente al arma de fuego. (UNODC 2014). En un estudio en Australia (UNODC 2014), el número de víctimas de armas blancas superan a las víctimas de armas de fuego, incluso entre víctimas de 18-24 años.

Estudios a pequeña escala con bandas de jóvenes europeos, muestran que llevan navajas por iguales razones que las bandas americanas llevan armas de fuego. Son un instrumento de protección y seña de identidad de grupo. En Escocia y Australia la edad más habitual para llevar arma blanca está alrededor de los 13-14 años (UNODC 2014).

#### **2.3.4.3.-Otros mecanismos de muerte**

En una tesis forense no puede faltar una referencia a los principales mecanismos homicidas “sin armas” (Gisbert Calabuch 2004):

-Intoxicaciones: uso de drogas, medicamentos y sustancias biológicas; sustancias corrosivas; plaguicidas; gases y vapores; productos químicos: cáusticos, disolventes; arsénico, cianuros, etc.

-Contusiones profundas con lesiones o roturas viscerales, dislocaciones de órganos generados por:

- Caídas (caída simple, caída complicada en que se añade otro elemento lesivo como el fuego, caída fásica o en fases, caída acelerada en que se añade un componente de velocidad a la caída lo que agrava sus consecuencias), caídas desde altura o precipitación.
- Contusiones con objetos especialmente creados para la defensa y el ataque: porras, guantes de boxeo, puños americanos, etc.
- Contusiones con partes del cuerpo humano: puñetazos y patadas especialmente cuando se acompaña de otros objetos que aumentan la intensidad de la contusión como botas metalizadas.
- Contusiones con objetos de uso habitual del hombre y que accidentalmente sirven como objeto lesivo: martillos, barras de hierro, piedras, cascotes, vehículos a motor y motocicletas, etc.

#### -Asfixias mecánicas

- Por ahorcadura.
- Estrangulación:
  - A lazo (corbatas, cinturones, cables eléctricos, etc)
  - A mano.
  - Estrangulación antebraquial (el antebrazo se utiliza como presa para comprimir vías aéreas).
- Sofocación por oclusión de orificios respiratorios, por ejemplo, con una almohada o una bolsa de plástico.
- Sumersión (introducción de un medio líquido en vías aéreas, habitualmente agua).

Existen mecanismos de muerte mixtos que engloban formas complejas de muerte. Puede ocurrir que un mecanismo aparentemente no letal, como un puñetazo sin elevada potencia, genere la muerte en una víctima vulnerable por razón de edad o de condición física o por complicaciones surgidas en el proceso evolutivo. Estos y otros elementos, son tenidos en cuenta en el análisis forense de los homicidios.

### **2.3.5.-Homicidio y enfermedad mental**

La definición de enfermedad mental puede ser amplia. De acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM 5) se conceptualiza como *“un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que parece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad”*.

La investigación sobre la enfermedad mental está marcada por la estigmatización y los estereotipos asociados a los enfermos mentales, que siguen siendo vistos como peligrosos, impulsivos e impredecibles (Gonzalez Torres et al. 2006). Tienen 14 veces más probabilidades de ser víctimas de violencia que de ser arrestados por actuaciones violentas (Brekke et al. 2001).

La violencia interpersonal no es solo un síntoma o una manifestación psicopatológica, sino que es también un fenómeno recíproco e interactivo que surge en las relaciones sociales (Angermeyer et al. 1998). La violencia puede ser un acto deliberado y buscado de propósito, relacionada con los conflictos reales o imaginarios entre las personas y, que por tanto, con mecanismos de regulación complejos.



En una revisión de estudios, Arbach y Pueyo (2007) constatan que hasta mediados de los años 60, la investigación de la violencia en la patología mental, era escasa e inconsistente. En general, apoyaban que los enfermos no eran más peligrosos que la población general (Hafner 1973 citado en Walsh and Fahy 2002.b). Posteriores estudios empíricos y epidemiológicos a gran escala, demuestran una mayor prevalencia de la violencia en personas afectadas por enfermedades mentales graves respecto a la población general (Wessely, 1997), especialmente si coexiste un abuso de drogas (Walsh et al. 2002.b).

El descubrimiento de la medicación antipsicótica mejoró significativamente el pronóstico de las enfermedades mentales, favoreciendo su participación social. Pacientes crónicos que hasta entonces vivían confinados en instituciones psiquiátricas, pasan a vivir en la comunidad, aunque muchos de ellos fueron trasladados al sistema judicial. En la segunda mitad del siglo XX hubo un aumento considerable de la criminalidad, que también se atribuyó a la desinstitucionalización de los pacientes y a la irrupción masiva del consumo de drogas.

Algunos pacientes empezaron a entrar en las cárceles, en un proceso de "criminalización" de los enfermos (Skeem et al. 2004). Esto favoreció la visión estereotipada de las personas con enfermedades mentales graves, aumentó su aislamiento, segregación o rechazo (Swanson et al. 2000).

Las investigaciones que relacionan la enfermedad mental con la violencia son contradictorias y de resultados discrepantes. Algunos estudios se hacen sobre "conglomerados" de patologías psicóticas sin precisiones diagnósticas. Pocos estudios se hacen con esquizofrénicos solos, u otra variedad diagnóstica como el trastorno bipolar. Otra fuente de problemas es la herramienta utilizada para el diagnóstico: estudio de las historias clínicas, utilización de entrevistas estructuradas, método de entrevistas a veces única etc. Los informes de alta hospitalaria son considerados fuentes muy fiables, por la prolongada observación a la que se han sometido a los pacientes.

Cuando las muestras de psicóticos proceden de un medio hospitalario, las cifras de la violencia están sobrevaloradas, al ser la violencia uno de los criterios de ingreso, mientras que la violencia puede estar infravalorada si es una muestra de pacientes ambulatorios o datos de alta hospitalaria (se entiende que la violencia ha descendido, y/o existe menos riesgo estimado de conducta violenta). Muchos estudios con población penitenciaria son teóricas, a partir de las condenas e historial clínico previo, que puede contener información imprecisa e incompleta. Cuando la fuente de información son los familiares de los enfermos, los datos pueden estar sesgados por el conocimiento del delito (Walsh et al. 2002).

Taylor y Gunn (1999) partiendo de datos del sistema judicial y penitenciario, en Inglaterra y Gales (en periodo 1957 y 1995) encontraron un descenso progresivo en la proporción de homicidios atribuibles a la patología mental. Por el contrario, The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, con datos psiquiátricos y jurídicos, en Inglaterra y Gales, muestra, un incremento en los homicidios asociados a la patología mental, especialmente, la psicosis, en el periodo 1997- 2006. Este incremento parece relacionado con el consumo de drogas de los enfermos (Swinson et al. 2011)

La aparente contradicción entre los resultados se justifican por variables metodológicas que dificultan la comparabilidad de los datos.

Otro sesgo está en la elección del grupo control, bien sea población general u otros enfermos mentales, con lo que cambia el riesgo de violencia atribuido a la enfermedad (Walsh et al. 2002).

Fazel et al. (2009.1) encuentra una probabilidad aumentada casi 20 veces, de riesgo de *homicidio* para los pacientes psicóticos respecto la población general. Pero, si la variable de estudio es *violencia general*, el riesgo estimado es 4,4 veces superior en hombres y 7,9 veces superior en mujeres.

Cada violencia tiene sus propios factores de riesgo y no son comparables las variables asociadas a la violencia sexual, a la violencia psicológica o al homicidio. Hacer estudios de la violencia como un todo, provoca una distorsión en los resultados.

### 1.-Investigación de la enfermedad mental y la violencia

Los estudios que analizan la relación entre la enfermedad mental y la violencia son de cuatro categorías:

1.1.-Investigaciones epidemiológicas en población general que analiza la incidencia y prevalencia de enfermedades mentales y de violencia, tanto de enfermos como de no enfermos, en la población general. Estas investigaciones son importantes porque no hay sesgos muestrales (Walsh et al. 2002).

Probablemente el estudio epidemiológico más importante sobre la violencia fue el Epidemiologic Catchment Area o ECA (Robins and Regier 1991 en Nordstrom 2004). El 2,3% de las personas sin diagnóstico psiquiátrico dijeron haber sido violentos en el año previo, frente al 7% de los que tenían un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afectivo mayor, el 19,7% en los que tenían un abuso o dependencia de drogas y el 22% en los que coexistía la enfermedad mental y el consumo de drogas. (Swanson 1994 en Nordstrom 2004).

Las cifras del estudio ECA han sido revisadas posteriormente, por ejemplo, en el National Comorbidity Survey (NCS) (Corrigan and Watson 2005). En este trabajo, las variables socio-demográficas se muestran como predictores de violencia más potentes que la existencia de un diagnóstico clínico, con o sin abuso de drogas.

1.2.-Estudios de cohortes Son estudios observacionales y aunque existen distintos diseños, pueden ser: *descriptivos*, para describir la ocurrencia y características de ciertos eventos a través del tiempo, y *analíticos* para analizar asociaciones entre variables predictoras. Dependiendo de la relación temporal del inicio del estudio respecto a la ocurrencia del evento, los estudios de cohorte pueden ser prospectivos o retrospectivos (históricos) (Martinez Juarez 2009).

Los estudios de cohorte más importantes, relativos a la violencia, son escandinavos.

1.3.-Investigaciones en pacientes psiquiátricos Se trata de estudios basados en muestras clínicas. Walsh et al. (2002), referido a pacientes esquizofrénicos identifica dos tipos de estudios: investigaciones transversales y estudios longitudinales de pacientes o de cohorte retrospectiva. Las investigaciones transversales son aquellos definidas en un momento y tiempo concreto.

Los estudios de cohorte retrospectivos son estudios basados en poblaciones ya configuradas y de las que es posible reconstruir la exposición a factores de riesgo y su relación con el desenlace de interés. Se puede decir que los estudios de cohorte retrospectivos reconstruyen la experiencia de la cohorte en el tiempo (Martinez Juarez 2009).

1.4.-Investigaciones en población penitenciaria: Analizan la prevalencia de enfermos mentales y su relación con el tipo de delitos. Predominan los estudios escandinavos ya que en estos países, las personas acusadas de delitos graves, como homicidios, son evaluadas sistemáticamente por equipos de psiquiatría forense.

Pero no todos los estudios se hacen mediante entrevistas ni evaluaciones de imputados o condenados.

La presencia y proporción de enfermos mentales en el sistema penitenciario depende del código penal de cada país y su aplicación y de las políticas sobre la salud física y mental de los ciudadanos. En muchos países, cuando un enfermo mental comete un delito, es transferido desde el sistema judicial al medio clínico, salvo en delitos más graves como violencia severa y homicidios, en que pueden permanecer sujetos al sistema judicial (Walsh et al. 2002).

No todos los homicidas son capturados ni condenados, especialmente si son hábiles y “normales”. La secuencia que va desde la comisión de un delito hasta una condena está influida por muchas variables, y los enfermos psíquicos son más vulnerables. Es más probable que los enfermos acaben detenidos, acusados y condenados frente a una persona sana, que es más hábil y tiene más recursos. Se calcula que tienen el doble de condenas que los delincuentes no enfermos (Fazel y Grann (2006) y Walhs et al. (2002)

## 2.-Estimación de violencia en el enfermo mental

Hay investigaciones que claramente relacionan la enfermedad mental como la psicosis, con la violencia, si bien, estudios más complejos analizan el papel participativo de otras variables como el consumo de drogas y la historia de violencia previa (Swanson et al. 1996)

Las enfermedades más estudiadas, en relación al homicidio han sido la psicosis (y dentro de ellas la esquizofrenia), el consumo de alcohol y drogas y los trastornos de personalidad.

La estimación de la proporción de homicidios cometidos por enfermos psiquiátricos oscilan en unos países a otros, variando entre el 6 y el 28% (Erb et al. 2001), aunque otras revisiones las oscilaciones son mayores, entre el 8 y el 70%, según estudios y definición de enfermedad mental (Shaw et al. 2006).

Sobre una muestra de 2.005 homicidas Fazel and Grann (2004) encuentran que, aproximadamente, el 90% presentaba algún diagnóstico clínico, de acuerdo a códigos diagnósticos estandarizados (ICD-9, ICD-10, o DSM-IV). La prevalencia estimada de

patologías psicóticas fue del 20%, de los cuales, el 9% era esquizofrenia. 24% tenía como principal diagnóstico el consumo de drogas y el 14% trastorno de personalidad, siendo el trastorno de personalidad un diagnóstico secundario en el 54% de la muestra.

En el otro extremo está el MacArthur Violence Risk Assessment Study. Se trató de una investigación prospectiva y multicéntrica a gran escala, para evaluar la conducta violenta de los trastornos mentales, tras el alta hospitalaria. El factor a estudio era la violencia general, en relación a los trastorno del pensamiento o afectivo, abuso de sustancias o trastorno de personalidad.

El diagnóstico de trastorno mental grave se asoció con un nivel bajo de violencia y los predictores de violencia más robustos fueron la psicopatía, el trastorno antisocial de la personalidad, el abuso de alcohol o drogas, el maltrato físico en la infancia, los pensamientos violentos, una actitud suspicaz hacia los otros y las alucinaciones auditivas.

Este trabajo, muy importante pero muy cuestionado, por la baja prevalencia de la violencia identificada en pacientes psicóticos frente a otros diagnósticos, que puede interpretarse como que la psicosis es un factor protector frente a la violencia (Monahan et al. 2001).

### **3-PSICOSIS**

La CIE-10 define a las enfermedades psicóticas como “distorsiones fundamentales y características de la percepción y del pensamiento, y los afectos, que son inapropiados o aplanados”. Los síntomas característico son el eco, inserción y difusión del pensamiento, percepciones alucinatorias, delirios de control, influencia o pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten sobre el paciente en tercera persona y síntomas negativos (OMS, 2007). Se estima una prevalencia del 1% de esquizofrenia en población general independientemente del sexo y lugar de residencia. En un trabajo de revisión (Saha et al. 2005) se ha estimado una prevalencia de hasta un 4,6%.

La ICD incluye la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes, trastorno psicótico transitorio, y trastorno esquizoafectivo. En el caso de la psicosis, algunos estudios y metanálisis, analizan la relación de la psicosis y la violencia. Otros estudios se centran en la esquizofrenia y violencia y, otros, en los síntomas asociados a la esquizofrenia y la violencia.

La esquizofrenia es uno de los trastornos más extensamente investigados, mientras que el trastorno delirante ha sido muy poco analizado a pesar de la importancia que parece tener en la violencia. Se ha encontrado una incidencia inferior al 1% en una muestra penitenciaria de homicidas (Taylor and Gunn, 1984). Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de uno o más delirios, en ausencia de alucinaciones significativas, con un buen funcionamiento global, no extravagante o extraño. Entre los delirios más significativos está el delirio persecutorio, en que el paciente cree que hay una conspiración en su contra, o que le engañan, o espían, le siguen, le envenenan o drogan, difaman, acosan o le impiden lograr sus objetivos a largo plazo (DSM-5).

### 3.1.- La psicosis como causa de violencia

Una parte importante de las investigaciones sostienen que la psicosis y la esquizofrenia están asociadas a la violencia, constituyendo en sí misma un factor de riesgo.

Dentro de esta visión se situaría la Ley epidemiológica de Coid (1983 citado en Large et al. 2009) que definió: “en poblaciones con mayor tasa de homicidios, menor es el porcentaje de homicidios cometidos por enfermos mentales”. Esta ley se cumpliría si los homicidios se derivarían exclusivamente de la enfermedad mental e implica la creencia que la violencia asociada a la enfermedad mental es “fija” independiente de la violencia existente en los países u otros factores epidemiológicos.

Este supuesto ha sido contradicho en muchas investigaciones: como Wallace et al. (2004) y Golenkov et al. (2011) que encuentran una variación en las tasas de homicidios del enfermo mental, paralela a la variación en la tasa global de homicidios del país o región.

Fazel et al. (2009.1) en una revisión con metaanálisis, ponen de manifiesto que, a pesar de la heterogeneidad en los resultados, hay un riesgo de violencia grave, especialmente del homicidio, vinculado a la psicosis y a la esquizofrenia. Este riesgo se agrava de manera significativa con la comorbilidad del consumo de alcohol/drogas. Otro resultado de esta revisión fue que el riesgo de violencia se incrementa especialmente en las mujeres, donde la enfermedad mental actúa en sentido inverso a como lo hace en población general, disminuyendo la gran brecha de la violencia por géneros.

Se han analizado cuales son los síntomas específicos de la psicosis que puedan estar relacionados con la violencia. Es una investigación difícil porque los enfermos son realidades complejas donde coexiste una biografía, unas circunstancias concretas y unos síntomas (Douglas et al. 2009).

Swanson et al. (2006) con la base de datos del estudio CATIE (The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) muestra el importante papel que tienen los síntomas psicóticos positivos en el desarrollo de la violencia, aunque hay otros factores, como el desarrollo premórbido. La violencia grave parece relacionada, significativamente, con la presencia e intensidad de los síntomas psicóticos positivos (suspiciacia/ideas persecutorias, alucinaciones), entre otros. Los pacientes menos violentos fueron los que tenían pocos síntomas positivos y en ellos predominaba la sintomatología defectual. La violencia necesita de una mínima capacidad psíquica que puede estar ausente en pacientes muy deficitarios. Las pérdidas cognitivas, del lenguaje, el retraimiento social y el aplanamiento afectivo eran propios de pacientes poco violentos.

Una importante parte de la investigación, se ha centrado en un tipo especial de síntomas conocidos como síntomas TCO “threat/control override delusions”, descritos por Link y Steuve (1994 citado en Taylor (2006). Bajo esta sintomatología delirante-persecutoria, el paciente teme que las demás personas intentan dañarle, lo que le sitúa en riesgo de actuar de forma violenta porque puede ver una amenaza o una provocación donde realmente no existe. Los autores confirmaron la relación existente entre los síntomas delirantes-persecutorios y su gravedad con el riesgo de violencia de los pacientes

psicóticos. Sin embargo, replicaciones posteriores, como una revisión con metaanálisis no encontraron asociación entre violencia y síntomas delirantes de amenaza/control (TCO) (Witt et al. 2013). Los resultados se muestran inconsistentes y dependientes de muchas otras variables (Hodgins and Riaz 2011 y Appelbaum et al. 2000).

Ekinci and Ekinci (2012) encuentran que la severidad del delirio es un buen predictor de violencia.

Uno de los argumentos en contra del papel de los delirios en la violencia, es que son experiencias relativamente frecuentes en los pacientes psicóticos y, sin embargo, la violencia es un fenómeno relativamente raro. Las investigaciones señalan que el delirio necesita de otros síntomas, como las alucinaciones, para proyectarse en violencia.

Las alucinaciones, especialmente las alucinaciones auditivas, que ordenan al paciente agredir o matar a otra persona, o las alucinaciones auditivas amenazantes (Bo et al. 2011), o el conjunto delirios-alucinaciones (Nielssen et al. 2007), parecen ser importantes en la génesis de la violencia.

Las emociones, como el miedo y la ira, pueden actuar como catalizadoras de otros síntomas psicóticos y favorecer la emergencia de actos impulsivos muy agresivos (Bjorkly (2002) y Bjorkly (2013). La ira se asocia a la violencia en pacientes “normales” y en enfermos graves, donde contextualiza los pensamientos delirantes y las percepciones distorsionadas (Reagu et al. 2013).

Repetidamente, se ha encontrado una correlación positiva entre violencia y fase aguda de la enfermedad psicótica.

Nielssen et al. (2007), Fazel et al (2010), Hodgins and Riaz (2011) propusieron que, en periodos agudos, son los síntomas positivos los que pueden explicar la violencia, mientras que en periodos de remisión, serán los factores sociodemográficos, la personalidad o los síntomas negativos los que tienen un papel fundamental.

Una variable importante, en la fase aguda de la enfermedad, es el nivel de severidad de los síntomas psicóticos y el abandono del tratamiento.

Se pone de manifiesto, la complejidad de la relación entre la patología psicótica y la violencia. Entran en juego muchas variables.

### 3.1.1.-Primeros episodios psicóticos

Una parte importante de las investigaciones, sobre psicosis y violencia, se centran en los primeros episodios psicóticos. Es un periodo, en sí mismo, que actúa como factor de riesgo de violencia, calculándose que ocurren entre, un 40% (Large et al. 2008) y un 61% de los homicidios (Nielsen et al. 2007)

Se ha estimado que antes de iniciar un tratamiento, la tasa de homicidios en psicóticos es de 1/629 presentaciones. Después de iniciado el tratamiento, es de 1/9090 pacientes por año. El ratio de homicidios antes de iniciado el tratamiento es 15 veces mayor (Nielssen y Large 2010).

Se ha sugerido que el riesgo de homicidio está relacionado con la duración de la psicosis no tratada (DUP) que es el periodo de tiempo desde que se empiezan los síntomas

del primer episodio psicótico hasta que se inicia el tratamiento antipsicótico (Cuesta et al. (2012). Los datos parecen sugerir la existencia de un efecto neurotóxico en este periodo, que sería minimizado con el tratamiento precoz, permitiendo un descenso significativo en las tasas de homicidios (Large y Nielssen (2008) y Large et al. (2008.b).

Los primeros episodios psicóticos se han relacionado con el homicidio de víctimas desconocidas, circunstancia extremadamente rara que adquiere proporciones catastróficas en el imaginario colectivo. Ha impulsado cambios legislativos en Canadá (Ley Brian), en Nueva York (Ley Kendra) y en Reino Unido (Ley Zito), adoptando los nombres de víctimas inesperadas a manos de psicóticos. Se tratarían de pacientes vagabundos, los sinteco, con rasgos de personalidad antisocial y larga historia de trastornos de conducta (Nielssen et al. 2009). La baja incidencia de esta circunstancia dificulta su estudio.

Large y Nielssen (2011) relacionan la violencia, además de con el periodo de tiempo sin tratamiento, con la severidad de los síntomas psicóticos.

### 3.2.-Factores de riesgo de violencia, ajenos a la psicosis.

Persisten muchas incertidumbres sobre la relación entre la psicosis y la violencia y los resultados científicos que evalúan el riesgo asociado a la enfermedad son muy heterogéneos.

Otra parte de las investigaciones se centra en los factores de riesgo que son compartidos por los enfermos psicóticos con la población general y los factores comórbidos.

Elbogen y Johnson (2009) utilizaron la encuesta National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) e encontraron, al igual que el estudio McArthur, que la enfermedad mental y la psicosis, por sí sola, no es suficiente para explicar la totalidad de la violencia. La violencia se asociaba a la historia personal, las características de personalidad y los factores contextuales. Las personas con enfermedad mental tenían, frecuentemente, más antecedentes de violencia que la población general y eran más vulnerables a ellos.

Witt et al. (2013) encontraron que la historia criminal previa (los antecedentes legales y la violencia previa) estaba más relacionada con la violencia que la comorbilidad de drogas o variables socio-demográficas.

#### 3.2.1.- Comorbilidad

La propia psicosis es una enfermedad que puede aparecer en estado puro, pero es muy probable que aparezca y se desarrolle de forma concomitante a otros diagnósticos.

##### 3.2.1.1.-Psicosis + drogas

El término “patología dual” define la comorbilidad de una enfermedad psiquiátrica con el uso de sustancias. El consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo de violencia, pero también es un factor de riesgo frente a la propia psicosis y se asocia a la edad joven y el género masculino.

En una muestra española de pacientes, de la red de salud mental, aproximadamente un tercio de adolescentes, en el primer brote psicótico, consumía drogas. Lo más frecuente era el cannabis (29,1%), el 71.9% consumían dos o más drogas, especialmente alcohol y cannabis (Baeza et al. 2009).

El consumo de cannabis se ha relacionado con un inicio más precoz de la psicosis (Gonzalez Pinto et al. 2008), siendo un factor de riesgo para la propia patología psicótica (Moore et al. 2007), la severidad de los síntomas y favorece las recaídas (Wade et al., 2006) aunque el resultado de los estudios es variable.

Hay evidencias que vinculan el riesgo de violencia en la psicosis con la comorbilidad del consumo de alcohol/drogas.

Fazel et al. (2009.2) y Wallace et al. (2004) encuentran que, el riesgo de violencia en los psicóticos, es mínimo a menos que concurra la comorbilidad.

### 3.2.1.2.-Psicosis + personalidad

En entornos forenses se pensaba que la esquizofrenia y la psicopatía eran incompatibles u ocurrían raramente (Hare, 2003), aunque poco a poco se ha hecho evidente la importancia de la personalidad en el comportamiento de los pacientes.

Evidentemente la investigación se ha centrado en el trastorno antisocial y en la psicopatía y solo marginalmente en otros subtipos. La variabilidad estimada, del trastorno de personalidad antisocial, como factor comorbido de otras patologías mentales graves oscila entre el 8 y el 64% (Swinson 2013).

No se sabe mucho sobre los delitos de los esquizofrénicos altamente psicopáticos. En una muestra de 99 acusados de homicidio, o intento de homicidio, considerados mentalmente enfermos se evidenciaron tres posibilidades (Putkonen et al. 2004):

- El 25% de la muestra eran psicóticos “puros”.
- El 47% tenía un triple diagnóstico de psicosis + consumo de drogas + trastorno antisocial de la personalidad.
- El 24% tenía un diagnóstico dual puro (psicosis + consumo de drogas).

La combinación de los tres factores otorga un riesgo especial para la violencia severa y el homicidio. La violencia puede proceder de la personalidad, de los síntomas agudos de la enfermedad, o de la sinergia de ambos (Swanson et al. 2006).

Pacientes esquizofrénicos y muy psicopáticos suelen tener baja adherencia terapéutica y peor resultados ante los tratamientos, larga historia de delincuencia, mayor riesgo de recidivas de la enfermedad y violencia repetida (Laajasalo et al. 2011).

Según la revisión de Bo et al. (2011), datos de Hodgins et al. (1996) y la investigación de Joyal et al. (2004), los rasgos de la personalidad antisocial predicen mejor el riesgo de violencia que los síntomas psicóticos. En la investigación de Joyal et al (2004), los homicidios carecían de las características asociados a la psicosis: solían ir precedidas de una riña o pelea, las víctimas eran personas ajenas a la familia y los homicidas frecuentemente estaban intoxicados.

### 3.3.- Trayectorias de la violencia

Bo et al. (2011) y Wallace et al. (2004) consideran que hay dos trayectorias de violencia en los pacientes psicóticos:



(a) Aquellos con conducta antisocial precoz, en que los síntomas positivos psicóticos no tienen un papel principal en la violencia del adulto. Son la psicopatía, y los rasgos antisociales de la personalidad, los que justifican la violencia, por encima de los síntomas positivos y el consumo de drogas. Dentro de este grupo es posible encontrar una violencia instrumental por un funcionamiento cognitivo y emocional más preservado.

(b) La violencia del segundo grupo, sin rasgos psicopáticos precoces, más vinculada a los síntomas psicóticos y a la erosión de la personalidad y del funcionamiento cognitivo subsecuente a la propia enfermedad. En este subgrupo prevalece una violencia más reactiva, a veces agravada por el consumo de drogas

Hodging (2008.2) ha descrito tres subtipos de enfermos definidos por edad, momento de debut de la violencia y la enfermedad:

1.- Tipo I: Esquizofrénicos en los que la conducta antisocial precede a la aparición de la enfermedad psicótica y persiste a pesar del tratamiento.

Por razones desconocidas, los trastornos de conducta y la delincuencia, en la adolescencia, son un precursor de la esquizofrenia. Los trastornos de conducta < 15 años son más frecuentes en personas que desarrollan esquizofrenia frente a población general (Hodgins et al. 2008). En un estudio de cohorte de Nueva Zelanda (Kim-Cohen et al. 2003), el 40% de las personas que desarrollaron un trastorno, de la esfera psicótica, mostraron trastornos de conducta de inicio precoz (< 15 años).

La presencia de trastornos de conducta antes de los 15 años, aumenta el riesgo de violencia en esquizofrénicos y trastornos esquizoafectivos hasta edades medias de la vida. Cada síntoma de trastorno de conducta precoz incrementa el riesgo de violencia posterior.

Los factores de riesgo que se han descrito para la conducta antisocial son los mismos que para la psicosis: bajo estatus socio-económico, edad y características de los padres, crianza, abuso y maltrato infantil, conflictos familiares, etc.

Hodging propone dos hipótesis para explicar esta relación: 1.-La existencia de una vulnerabilidad genética. 2.- Las alteraciones neuroendocrinas y cerebrales presentes muchos años antes del inicio de la esquizofrenia, que se manifiestan con una conducta antisocial precoz.

Se trata del planteamiento de una raíz común, en que los trastornos precoces serían síntomas más de desorganización prodómica “pseudopsicopatía esquizofrénica”. (Arsenault et al. 2000). No hay estudios genéticos de comparación de familias de niños con trastornos de conducta que desarrollan, o no, esquizofrenia.

Varias investigaciones (Hodgins (2008.2) y Joyal et al. (2003) Stirling et al. (2005) partiendo de estudios del rendimiento ejecutivo, proponen que este subgrupo tienen un mejor funcionamiento ejecutivo, mayores herramientas verbales y una mayor impulsividad que otras personas con esquizofrenia.

2.- Tipo II: Un gran subgrupo de pacientes sin conducta anómala hasta la aparición de la enfermedad y luego repetidamente se comporta de forma agresivas y violenta.

Aquí se localizan una mayor proporción de pacientes homicidas (23,9%) cuya conducta parece asociada más directamente a la enfermedad mental, con un inicio más tardío (entre los 30 y 40 años) pero de duración prolongada en el tiempo o correlativa a la evolución de la enfermedad (Wallace et al. 2004).

Son un subtipo de enfermos muy vulnerables al consumo de alcohol y drogas en entornos sociales de riesgo, que limita su funcionamiento cognitivo y determina una baja adherencia terapéutica (Mueser et al. 2006).

3.- Tipo III: Un pequeño grupo de psicóticos crónicos que no son agresivos hasta fases muy evolucionadas de la enfermedad (>30-40 años) y que pueden, súbitamente, debutar en forma de ataques graves y muerte de los familiares o cuidadores. Suele tratarse de homicidas sin antecedentes antisociales previos, en los que la violencia se asocia a las carencias afectivas de la psicosis crónica (insensibilidad, aplanamiento afectivo, ausencia de culpa), que fluctúa con el curso de la enfermedad al igual que otros síntomas cognitivos.

Las psicosis crónicas también se asocia con emociones negativas, ira, hostilidad e irritabilidad dirigida hacia las personas cercanas, pero la cronicidad lleva a un empobrecimiento global de los pacientes, con lo que suele bajar, gradualmente, su peligrosidad (Nestor 2002).

Al final nos queda, que la violencia de los esquizofrénicos es debida a una compleja interacción, entre factores de riesgo. Los síntomas activos podrían no ser suficientes para causar una violencia grave. Los factores sociales comunes, como el nivel de violencia en la comunidad o el modelo de uso de alcohol y drogas, interactuar con los enfermos, que son más vulnerables a los factores ambientales. Como dice Wallace et al. (2004) la delincuencia del enfermo esquizofrénico no es un producto único de sus síntomas sino que *“refleja una compleja interacción entre el déficit social, psicológico, y la función cerebral que precede, acompaña y sigue a los problemas manifestados por el estado mental”*.

#### **4.-TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Los trastornos de personalidad son definidos (DSM-5) como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento, que se desvía notablemente de las expectativas culturales del individuo. Este patrón se manifiesta en cogniciones, afectos, funcionamiento interpersonal y control de impulsos y se trata de un patrón inflexible y dominante a través de un amplio rango de situaciones personales o sociales. Provoca malestar significativo a nivel clínico o deterioro social, laboral u otra área básica de funcionamiento. Se trata de un patrón estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

Partiendo de estas características generales, se identifican diferentes subtipos de trastornos, según la presencia de características diferenciales. Los trastornos de personalidad se aglutinan en tres Cluster, basados en características similares: el A de raros y excéntricos, el Cluster B dramáticos/emocionales y erráticos y el Cluster C que aglutina ansiosos y temerosos.

Esta taxonomía en Cluster no está validada y parece tener limitaciones (American Psychiatric Association 1994 en Swinson (2013) pero es muy utilizada a nivel investigador porque permite simplificaciones entre categorías tipológicas que tienen muchos solapamientos o elementos comunes.

La Organización Mundial de la Salud en la World Mental Health Surveys (Huang et al. 2009) indica una prevalencia de 3,6% para trastornos del Cluster A, 1,5% para trastornos del Cluster B y 2,7% del Cluster C.

Estudios de prevalencia de los trastornos de personalidad (TP) en población general, muestran prevalencias que oscilan entre el 2 y el 20%. La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association 1995) estimaba una prevalencia del 2% en población general para el trastorno límite y el antisocial (Gonzalez et al. 2008).

En Fazel and Grann (2004) el 54% de una muestra de homicidas tienen un TP, con una prevalencia del Cluster B del 17% frente al 6% del Cluster A y el 1% del Cluster C.

En una muestra de homicidas el National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with mental Illness (2006) encuentra una prevalencia de trastorno de personalidad del 5,8% como diagnóstico principal, que aumenta hasta el 11.3% si es un diagnóstico secundario.

Hay abundante investigación que vincula los trastornos de personalidad con la violencia, aunque la mayoría de las personas con estos trastornos no son violentas. La violencia se ha relacionado, especialmente, a personalidades antisociales, borderline y narcisistas. El grueso de la investigación se centra en el trastorno antisocial de la personalidad.

En trabajos de revisión se encuentran cifras muy dispares sobre la asociación entre TP y violencia y se plantean grandes críticas a la fiabilidad estadística y validez de los estudios (Swinson, 2013). Hay estudios que trabajan sobre muestras generales de TP, otros diferencian personalidad por Cluster, o por subtipos específicos, aunque una persona puede tener criterios diagnósticos para más de un subtipo, con solapamiento del trastorno narcisista con antisocial e histriónico, evitativo con esquizotípico y dependiente, entre otros (Oldham, Skodol et al. 1992 citado en Swinson 2013).

En un trabajo de revisión (Yu et al. 2012) sobre el comportamiento delictivo de TP, la probabilidad de violencia, comparada con población general, aumenta tres veces, y para el subtipo antisocial, se multiplica por 12,8 veces.

Existe una confusión terminológica entre trastorno antisocial y psicopatía, que, a veces, se usa de forma equivalente aunque esto es incorrecto.

Casi todos los psicópatas reúnen criterios del trastorno antisocial, pero no todos los antisociales reúnen criterios de psicopatía. Los antisociales son una categoría más heterogénea e inclusiva, y más definitoria de la conducta delincente.

#### 4.1.-Trastorno antisocial de la personalidad

Se define la personalidad antisocial por un patrón persistente de conducta impulsiva, irritable y agresiva, de la que resulta una vulneración de los derechos de los demás, incumpliendo las normas sociales y legales, lo que incluye delitos repetidos, el engaño, las mentiras, las estafas, en ausencia de remordimientos y de conciencia de haber generado un daño a los demás (DSM-5).

Las personalidades antisociales se relacionan con la delincuencia y criminalidad. Aproximadamente uno de cada dos hombres y una de cada cinco mujeres encarceladas tienen este diagnóstico (Fazel and Danesh 2002).

En estudios de prevalencia de la personalidad antisocial en homicidas, hay gran variabilidad, con cifras que oscila entre el 13% y el 55,2% (Swinson 2013).

#### 4.2.-La psicopatía

El término psicopatía es un constructo clínico definido por una constelación de factores afectivos, interpersonales y características conductuales, que incluye la impulsividad, manipulación, encanto superficial y persistente violación de las normas sociales (Hakkanen y Hare 2009).

La moderna conceptualización de la psicopatía está basado en las descripciones de Hervey Cleckley (“La máscara de la sanidad” 1941) de personas con un exagerado sentido de la importancia, centrados en sí mismos, que tienden a lesionar o dañar y a manipular a los demás, usando el encanto y el engaño. Son impulsivos, y buscan novedades y metas a corto plazo. Son a menudo irresponsables y fracasan en tener apropiados planes vitales.

Manifiestan emociones insinceras, no experimentan ni remordimientos ni sentimientos de culpabilidad cuando dañan al otro. Son manifiestamente insensibles y fríos, indiferentes a los castigos, las lesiones físicas o las consecuencias sociales.

Sus emociones son lábiles y fácilmente se vuelven hostiles e irresponsables. Tienden a ignorar las normas sociales y fácilmente se involucran en conductas que pueden ser vistas como inmorales por la mayoría (Hare 2003).

Hare (2003) desarrolló un inventario, el Psychopathy Checklist (PCL) que es la herramienta estándar para clasificar a las personas según la puntuación concreta que han obtenido en el rasgo de psicopatía. Así visto, la psicopatía es un constructo dimensional.

El PCL consta de dos factores:

(a).-El factor 1 o Factor afectivo/interpersonal que mide: (a).-características interpersonales y (b).-características afectivas. En el plano interpersonal son arrogantes, egocéntricos, manipuladores, dominantes y enérgicos.

En el plano afectivo, muestran emociones lábiles y superficiales, insensibles, con ausencia de empatía, ansiedad o sentimientos verdaderos de culpa o remordimientos e incapacidad para establecer vínculos duraderos con personas, principios u objetivos.

(b).-El factor general 2 o estilo de vida/antisocial se subdivide en: (c).-características del estilo de vida y (d).-conducta antisocial. Su estilo de vida suele ser socialmente inestable que incluye comportamientos parasitarios y faltos de planificación. En el plano conductual, son irresponsables, impulsivos y buscadores de sensaciones; suelen trasgredir con facilidad las normas sociales.

El diagnóstico de personalidad antisocial recoge muchos de los ítems del factor 2 de la psicopatía (estilo de vida antisocial). Pero los psicópatas, además, tienen rasgos incluidos en el factor 1 del PCL: narcisismo, frialdad, pérdida de empatía, ausencia de remordimientos.

La psicopatía medida por el PCL-R parece un robusto predictor de violencia y de recidivas, incluso del homicidio.

Algunos estudios relacionan la violencia instrumental con el factor 1 del PCL-R de la psicopatía y la violencia reactiva con el Factor 2 como los trabajos de Woodworth and Porter (2002).

Pero el resultado de múltiples investigaciones releva que, si bien existe una poderosa relación entre violencia instrumental y el factor interpersonal/afectivo, no es una relación en exclusiva, participando ambos factores (Glenn and Raine 2009).

La psicopatía se identifica con la agresión instrumental, poco frecuente y predatoria, mientras que a los no-psicópatas (antisociales) con la violencia reactiva. Sin embargo, los psicópatas utilizan sus herramientas de manipulación, mentira y encanto superficial para lidiar con el sistema judicial y minimizar su responsabilidad. Es muy difícil que sean sinceros y tienden a argumentar que sus actos responden a la autodefensa, apelan al estado de necesidad “para salvar su propia piel” (Glenn and Raine 2009).

Hay que tener en cuenta que la clasificación entre violencia reactiva e instrumental es algo artificiosa y no son mutuamente excluyentes. Aunque los psicópatas se caracterizan por una tendencia a la agresión instrumental pueden mostrar una agresividad reactiva añadida (Glenn and Raine 2009).

Este planteamiento es especialmente válido para la violencia severa como las agresiones sexuales y los homicidios.

Hay datos de que los psicópatas se activan sexualmente con estímulos visuales y auditivos anómalos (Serin, Malcolm, Khanna, & Barbaree, 1994 en Glenn and Raine 2009).

Porter et al. (2003) encontraron en los homicidios de los psicópatas, un elevado componente de violencia *gratuita*, “violencia excesiva” que va más allá de la fuerza necesaria para garantizar la muerte y “violencia sádica”, que es la evidencia de obtención de un placer o capacidad de disfrutar a través del uso de la violencia. Los psicópatas utilizan la violencia como fuente de placer.

Se ha propuesto una clasificación de los psicópatas en primarios y secundarios (Glenn and Raine 2014, Garrido y Redondo 2013).

Los psicópatas primarios o psicópatas “puros” se caracterizan por reunir los 16 criterios de Clerckley, ser emocionalmente estables, de baja ansiedad y alta dominancia social (Blackburn 1979 en Garrido y Redondo 2013).

Los psicópatas secundarios muestran emociones negativas como ansiedad, introversión social, impulsividad y hostilidad (Hicks et al. 2004, Hicks et al. 2010) y serían más capaces de mostrar culpa y remordimientos (Echeburua 1998). Los psicópatas secundarios tienen peor funcionamiento interpersonal que los psicópatas primarios, pero pueden ser tan agresivos y violentos como ellos (Skeem et al. 2007).

A los psicópatas primarios y, en base a las características descritas, se les puede atribuir una mayor violencia instrumental y a los secundarios una predominancia de violencia afectiva o reactiva (Garrido y Redondo 2013).

Hare y Cox (1978 en Garrido y Redondo 2013) introdujeron una tercera variedad o “psicópata disocial” que son personas con una conducta antisocial vinculada a la marginalidad y la pertenencia de una subcultura propia. Tendrían una personalidad de funcionamiento normal, con capacidad para experimentar culpa y remordimientos, pero situados en entornos negativos.

Otro concepto relacionado con la psicopatía surge del entorno judicial anglosajón: “trastorno de personalidad severo y peligroso DSPD (DSPD Programme, 2004). Son tratados en unidades psiquiátricas forenses de alta seguridad.

Para que una persona sea clasificada como personalidad peligrosa debe de reunir los siguientes factores:

- (1) Peligrosidad o alto riesgo de dañar a otros.
- (2) Trastorno de personalidad grave.
- (3) Unión entre los factores (1) y (2).

La severidad del trastorno de personalidad fue definido por tener un grado elevado de rasgo psicopático (una puntuación >30 en PCL-R) o un grado moderado de psicopatía (PCL-R= 25–29) combinado con, al menos, otro trastorno de personalidad diferente del antisocial (Howard y al. 2012).

Sin embargo, esta definición de DSPD es cuestionada por muchos autores e investigadores. Se constatan pocas diferencias entre trastornos de personalidad y los DSPD (Howard 2011).

#### 4.3.-Trastorno antisocial, psicopatía y violencia

Hay investigaciones que trabajan con muestras de trastorno antisocial de la personalidad y otras con muestras de psicópatas, aunque tiende a utilizarse de forma equivalente.

Pero hay que recordar, que la mayoría de los psicópatas no son delincuentes, sino personas que usan su encanto y habilidad para manipular y arruinan la vida de todos los que le rodean. Pueden recurrir a la violencia cuando sus armas psicológicas no son efectivas para lograr sus propósitos (Hare and Babiak 2004.b).

Los psicópatas con condenas judiciales y arrestos son llamados "psicópatas fracasados" frente a los “psicópatas con éxito” (Hare y Babiak, 2004.b; Lilienfeld y Widowa, 2005) o psicópatas “integrados” (Mariatán 2008). Éstos, son personas que aun teniendo rasgos psicopáticos no son técnicamente delincuentes, nunca han sido detenidos y pueden lograr el éxito social en profesiones, donde, es importante la competitividad, la frialdad, el riesgo y la capacidad para manipular las relaciones. Son rasgos útiles en ciertas profesiones o entornos, donde medran y prosperan con éxito y probablemente son más inteligentes que los psicópatas que están en la cárcel (Garrido y Redondo 2013).

Sin embargo, existe una elevada asociación entre psicopatía y violencia, y está muy documentada sus implicaciones clínicas y judiciales. Estudios con muestras penitenciarias norteamericanas correlacionan la psicopatía y el comportamiento criminal (Moltó et al. 2001).

Los delitos de los psicópatas pueden ser muchos más violentos y agresivos que los mostrados por delincuentes no psicópatas (Cornell et al. 1996). Su historia delictiva es más precoz y reincidente, tanto para delitos violentos como no violentos y suelen hacer un uso más frecuente de armas.

#### 4.3.1.-El homicidio

En general, la bibliografía apunta que los homicidios de los trastornos de personalidad van dirigidos contra los amigos/conocidos (Hakkanen and Laajasalo (2006) o los extraños (Williamson, Hare et al 1987, Cronell, Warren et al. 1996 citados en Swinson 2013).

Coccaro, Siever et al 1989, Tiihonen, Eronen et al 1993 (en Swinson 2013) han encontrado una asociación entre la personalidad antisocial de homicidas y el alcoholismo tipo II.

Porter et al. (2001) encuentran que en homicidios de psicópatas bajo el influjo de alcohol o drogas, la víctima suele ser otro varón, no familiar o amigo íntimo.

La psicopatía también se ha relacionado con los homicidios sexuales en los que hay evidencia de búsqueda de emociones (Meloy, 2000 y Myers & Blashfield, 1997 citados en Glenn and Raine 2009). En estos homicidios las víctimas suelen ser muy heterogéneas, o ser víctimas de oportunidad, a diferencia de los parafilicos (Porter et al. 2000).

Greenberg, Larose, and Curry (1998 citado en Laurell and Däderman (2007) encontraron un nivel más elevado de psicopatía (medida con los resultados en el PCL) entre los homicidas sexuales de niños.

Va a ser difícil conocer, en entornos forenses, el tipo de motivación y de violencia que hay en los actos psicopáticos. Suelen mentir en las entrevistas exagerando el componente impulsivo de la violencia (Porter and Woodworth 2006), con lo que hay que interpretar los resultados con prudencia.

#### 4.4.-Personalidad borderline

La personalidad borderline se caracteriza por un estilo de funcionamiento inestable en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, con marcada impulsividad que comienza al inicio de la edad adulta y se manifiesta en distintos contextos. En investigaciones americanas se ha encontrado una prevalencia de este trastorno entre el 2 y el 6% de la población general (Grant et al. 2008).

El trastorno borderline está sobrerrepresentado en población penitenciaria, con cifras que oscilan entre el 25 y el 50% de todos los prisioneros (Sansone and Sansone 2009). En la revisión de Fazel and Danesh (2002) hay una prevalencia de trastorno borderline en el 25% de las mujeres encarceladas.

En los criterios diagnósticos del trastorno borderline de la personalidad, versión DSM 5, se recoge la impulsividad en dos o más áreas, y enfado inapropiado e intenso, con dificultades para controlar la ira, y “posible exhibición de genio, enfado constante, peleas

físicas recurrentes”. Con estas características es normal la aparición de agresión externalizada que incluye violencia intrafamiliar y de pareja, agresiones interpersonales y conductas homicidas (Sansone and Sansone 2012), tanto en hombres como en mujeres (Hughes et al. 2007).

Martens de Barros and de Padua (2008) vinculan los trastornos borderline con la violencia impulsiva y afectiva, con una elevada comorbilidad con la personalidad antisocial, lo que les otorga un especial riesgo de conducta violenta (Howard et al. 2008).

Hay pocos estudios que analizan la presencia del trastorno borderline en la violencia grave y en los homicidios, aunque a nivel de estudios parece vinculada a la violencia doméstica y de género, a los familicidios (Leveillé et al. 2009) y a los asesinatos en serie (Papazian 2001).

#### 4.5.-Personalidad narcisista

Es un estilo de personalidad caracterizado por la grandiosidad (en fantasías o conductas), necesitado de admiración y pérdida de empatía que comienza en la edad adulta y se manifiesta en variados contextos (DSM-5). En la comunidad tiene una prevalencia estimada de 0,4-0,8%, aunque es frecuente la comorbilidad del trastorno narcisista con el antisocial lo que le convierte en un trastorno de aparición frecuente en muestras forenses (Coid 2003).

Para Coid 1998 (citado en Swinson 2013) las personalidades narcisistas pueden cometer un homicidio en situaciones en que sienten herida su autoestima, que les provoca una “rabia o furia narcisista” con intenso sentimientos de ira y deseo de venganza (Kohut 1973 en Swinson 2013).

#### 4.6.-Personalidades del Cluster C

Tradicionalmente las personas pertenecientes al Cluster C han sido consideradas de bajo riesgo de violencia debido a sus propias características psíquicas: ansiedad, inhibición social y autocrítica, entre otras (Fazel and Grann 2004). Se han asociado a un bajo riesgo biológicos hacia la violencia, por normofuncionalidad de la enzima MAOA (Jacob et al. 2005).

La relación entre el Cluster C y el homicidio tiene una frecuencia muy baja pero muy vinculada a la violencia doméstica, En personalidades dependientes o evitativas, el riesgo específico de violencia parece proyectado sobre su círculo más íntimo. Los homicidas del Cluster C muestran una edad media más alta que otros subtipos de personalidad y la peligrosidad parece unida al factor edad. Con el envejecimiento, se atenúa la ansiedad y los temores, desaparecen los frenos inhibitorios y se favorece la emergencia de impulsos agresivos y de violencia (Laasajalo et al. 2013).

Reid and Thorne (2007) opinan que la violencia en el Cluster C está unida a sentimientos incontenibles de presión o de amenaza, de la que sienten no pueden escapar. Tras la violencia aparece la culpabilidad y los remordimientos, que les llevaría a la confesión voluntaria (Gudjonsson, 1992 citado en Laajasalo et al. 2013) o a la amnesia de lo ocurrido (Häkkinen et al. 2008).



#### 4.7.-Trastorno de personalidad y homicidio en mujeres

Entre homicidas femeninas se ha encontrado una altísima presencia de trastornos de personalidad, especialmente del Cluster B (Putkonen et al. 2001). Para Eronen 1995 (citado en Swinson 2013) las mujeres homicidas tienen probabilidad multiplicada por 10 de tener un trastorno de personalidad y por 70 de ser del tipo antisocial.

En prisiones de máxima seguridad de USA, en mujeres, se encontró una elevada frecuencia de personalidades del Cluster B, especialmente el trastorno antisocial (43%), y borderline (24%). Encontraron una poderosa relación entre violencia y el trastorno narcisista (OR 7.57), mientras que la probabilidad de una condena violenta en el Cluster A fue de 2,5 (Warren et al. 2002).

En el trabajo de Putkonen et al. (2001), el 70% de las mujeres tenía un TP como diagnóstico principal, mataban a su pareja actual o expareja, con uso de arma blanca y estaban intoxicadas en el momento de los hechos.

Por otro lado, en las mujeres, la violencia homicida parece ser reactiva, actuando una pelea como detonante. Esto no excluye la posibilidad de que las mujeres utilicen la violencia de forma instrumental para obtener un beneficio.

### **5.-TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Hay mucha literatura que vincula el consumo de alcohol y drogas con la violencia, tanto en personas sanas como en enfermos mentales, si bien, parece tratarse de una relación compleja. Se ha encontrado una significativa presencia de alcohol y drogas en los homicidios, en The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, en Reino Unido (Appleby 2013), en Australia Wahlsten et al. (2007) and Davies and Mouzos (2007) y países escandinavos (Ganpar et al. (2011).

En muestras de homicidas, un cuarta parte tenía el diagnóstico principal de abuso de drogas y casi el 50% como diagnóstico secundario (Fazel and Grann 2004).

Las sustancias, que más frecuentemente se han asociado a la violencia son el alcohol, la cocaína y las anfetaminas.

Goldstein (1985) propuso una clasificación que diferencia tres posibles lazos causales entre droga y violencia:

1°.-El *modelo psicofarmacológico* sugiere que algunas personas, como resultado de la ingestión de sustancias específicas, a corto y largo plazo, pueden convertirse en excitables y/o irracionales y pueden actuar de una forma violenta.

2°.-El *modelo económicamente compulsivo* sugiere que algunas personas se involucran en delitos económicos (prostitución, venta de drogas, robos...) para financiar el costoso consumo de drogas. La violencia puede surgir del contexto donde se realiza el delito económico.

3°.-El *modelo sistémico*, que es la violencia asociada al narcotráfico y el mercado de las drogas.

Darke (2010) reduce la relación entre las drogas y la violencia: un factor *proximal* o efecto farmacológico del tóxico, y un factor *distal*, que aúna las necesidades de dinero del drogadicto y la violencia sistémica asociada al mundo de la droga.

En el alcohol, por sus características, predomina el efecto farmacológico o inmediato (potente desinhibidor, aumenta la labilidad emocional, reduce la autoconciencia y reduce la habilidad para evaluar las consecuencias de los actos, etc). En las drogas ilícitas, salvo los psicoestimulantes, la violencia mortal parece más relacionada con los factores distales.

### 5.1.-Definiciones

Habría que diferenciar los *trastornos por consumo de sustancias*, que engloba los abusos y las dependencias de drogas y los *trastornos inducido por sustancias*, que incluyen: intoxicaciones, abstinencia y otros trastornos mentales, inducidos por sustancias o medicamentos, como trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y t. relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastorno neurocognitivo.

En el DSM-5 no existen los términos “abuso” ni “adicción” ni “dependencia” optándose por un término más neutro como el “trastorno por consumo de sustancias”, que recoge un abanico de situaciones, de consumo compulsivo y recidivante.

Pero, son importantes las definiciones clásicas relativas al abuso y dependencia de drogas porque tienen una gran repercusión en el mundo forense.

Abuso se define como “*un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso*” (OMS 1994).

El abuso es equivalente al “consumo perjudicial” de la Clasificación CIE-10. De acuerdo a la clasificación DSM-IV-TR el abuso implicaba un consumo desadaptativo de una sustancia, a pesar de los efectos o consecuencias negativas.

La dependencia se define como el grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales o fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control del uso de una sustancia psicoactiva y que continua consumiéndola a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia, así como una necesidad irresistible del consumo (DSM-IV-TR).

La existencia de una dependencia conlleva una tolerancia: (a) Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el

efecto deseado. (b) Efectos notablemente disminuido de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis y abstinencia:

- (a) Aparición de síntomas de abstinencia ante la ausencia de consumos.
- (b) Se toma la misma sustancia u otra muy parecida para aliviar el síndrome de abstinencia.

## 5.2.- Neurobiología de las adicciones

Aunque las drogas adictivas presentan una gran diversidad molecular y actúan sobre diversos receptores y estructuras, existe un factor común a las mismas, que es la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica (Fernandez 2002).

Esta vía llamada “el sistema de gratificación o de recompensa” nace en el área tegmental ventral (ATV) y su activación, durante el consumo agudo, induce el incremento en la tasa de liberación de dopamina y una regulación al alza en los niveles de AMPc en el núcleo *accumbens* (NAC) y la amígdala extendida, áreas que se relacionan decisivamente con la recompensa y con el aprendizaje para el consumo (Nestler and Aghajanian 1997 y Wise 2000).

El área tegmentaria envía sus axones al núcleo *accumbens*, al estriado y a la corteza frontal, tres estructuras implicadas en la motivación. Las sustancias que facilitan la transmisión de dopamina favorecen que estímulos, previamente neutros, adquieran propiedades reforzadores y facilitan la búsqueda de más droga (Kandel et al. 2001).

La adicción provocaría una perturbación crónica de la vía mesolímbica dopaminérgica inducida por la droga, se crearía un hábito patológico cuyo fin es el consumo de la droga (estímulo reforzador aberrante). La activación de la vía dopaminérgica mesocortical, que también nace en el ATV, ocasiona hiperactividad dopaminérgica en la corteza prefrontal, que podría mediar en el proceso de aprendizaje y desarrollo del hábito asociado al consumo.

La activación de los núcleos del rafe provoca un aumento en la liberación de serotonina en la fase aguda de consumo, que parece ser que participa en fenómenos de recompensa en el NAC y la corteza frontal, en paralelo a la hiperactividad dopaminérgica, principalmente tras el consumo de psicoestimulantes (cocaína, anfetamina) y éxtasis (Liechti and Vollenweider 2000)

## 5.3.-El alcohol

De forma repetida se ha identificado una asociación entre el consumo de alcohol y la violencia. El consumo de alcohol en sí mismo no es problemático, sino su consumo en cantidades elevadas.

### 5.3.1.-Estudios epidemiológicos

Europa es la región o continente donde más alcohol se consume en el mundo, estimándose en el año 2009, un consumo medio de 12,5 lt/ persona (> 15 años).

El alcohol forma parte de la cultura y tradiciones europeas. El tipo de bebidas y su relación con la violencia cambia por regiones: en el este de Europa se consumen licores de alta graduación como el vodka (Pridemore 2002), en el Norte predomina la cerveza y en el sur el vino. Importan tanto la graduación del alcohol como el propio modelo de consumo y la cultura de la bebida, en cada región.

Un estudio de 14 países europeos, encontró una correlación entre la venta de alcohol y las cifras de homicidios, especialmente en países del norte de Europa, donde tienen consumos episódicos pero de altas cantidades (Rossow 2001) y del Este, como Rusia, donde se concentran los consumos de alcohol más altos del mundo (Reulbach et al. 2006).

Cuando baja la venta de alcohol baja la tasa de homicidios y a la inversa. Pridemore (2002). En Rusia, el aumento de un 1% del consumo de alcohol, conlleva un aumento de los homicidios en un 0.25%, en el género masculino (Rossow 2001).

Se ha comprobado que es muy importante no solo la cantidad sino también el modelo del consumo. En culturas con consumos intermitentes pero “explosivos”, el impacto del alcohol en la violencia, es superior a otros países con modelos de consumo menos exagerados (Rossow 2001), como los países de la cuenca mediterránea, entre los que se encuentra España.

El riesgo relativo de violencia, asociado al alcohol, es más bajo en España que en Canadá (riesgo relativo 4,68 vs 942) y otros países (Cherpitel and Ye 2010) aunque la tasa del consumo sea moderada-alta.

### 5.3.2.-- Estudios individuales

Se centran en el efecto inmediato del alcohol en la conducta, en este caso la violencia.

El alcoholismo es una realidad heterogénea, que engloba diferentes tipologías de consumo, según las manifestaciones clínicas, la psicopatología que determina, las predisposiciones genéticas, etc. Se han descrito factores vinculados a la adicción alcohólica (Kalat 1992 citado en Gil-Verona et al. 2003) de tipo social (culturas del alcohol o existencia de riesgo psicosociales que favorecen los consumos), de tipo genético (determinarían una vulnerabilidad biológica en las adicciones) y cerebral (alteraciones en síntesis o sinapsis de la dopamina, por ejemplo).

No existe una teoría universal del consumo perjudicial del alcohol, pero la tipología propuesta por Cloninger (1987) es una de las más aceptadas. Parte de una diferenciación de dos subtipos de alcoholismo por motivos genéticos, ambientales y vinculaciones con la criminalidad:

- Tipo I, alcoholismo de inicio tardío. Se busca el efecto ansiolítico del alcohol, con rápida aparición de tolerancia y dependencia psicológica. Raramente se asocia a problemas de conducta y tiene causas ambientales.
- Tipo II: es un alcoholismo de inicio precoz, propio de personalidades antisociales, que buscan novedades y la acción euforizante y estimulante del alcohol. En

este tipo de alcoholismo es muy importante el componente genético y se asocia al género masculino.

A nivel neurobiológico se ha comprobado que el alcohol participa en la vía dopaminérgica mesolímbica. El alcohol y la nicotina activan y estimulan los circuitos locales opioides de encefalinas del área tegmental ventral (ATV) (Fernandez 2002).

El etanol modifica la actividad de los receptores de serotonina (5-HT<sub>3</sub>), receptores de nicotina, receptores tipo A ácido  $\gamma$ -aminobutíricos (GABAA) y el subtipo N-metil-D-aspartato (NMDA) de los receptores de glutamato. El etanol inhibe ligandos del receptor  $\delta$ -opiáceo, y la exposición a largo plazo al etanol incrementa la densidad de receptores  $\mu$  y  $\delta$ . Sus acciones son el resultado de una interacción directa con la proteína receptor (Camí and Farre 2003)

### 5.3.3.- Alcohol y otras drogas

Entre adolescentes y jóvenes son frecuentes los policonsumos de cánnabis, alcohol y otras drogas. El 90% de los adolescentes que han tomado alucinógenos, anfetaminas o cocaína, han consumido también cannabis o alcohol. Más del 95% de los consumidores habituales u ocasionales de cannabis también ha ingerido alcohol (Ministerio de Sanidad 2008).

Aunque el alcohol parece el predictor más importante para la violencia, cuando se mezcla con cocaína, aparece en sangre el cocaetileno, metabolito activo de la cocaína con un efecto similar y mayor vida media (Raven et al. 2000). El cocaetileno es un factor de riesgo proximal de violencia, que interacciona con etnia, edad y factores socioeconómicos, entre otros (Farre et al., 1997; Hedaya and Pan, 1996 citados en Chermack and Blow 2002).

Pennigns et al. (2002), en un trabajo de revisión, comprobaron que la combinación de alcohol y cocaína potenciaba los pensamientos violentos y las amenazas, relacionado directamente con las conductas violentas.

### 5.3.4.-Alcohol y violencia

El alcohol favorece todos los tipos de violencia, a través de la desinhibición, la impulsividad y la pérdida de control, especialmente cuando se combina con otros factores, como una caracteriopatía o un déficit intelectual. Los consumos de alcohol en una personalidad patológica, como la antisocial, aumentan netamente el riesgo de violencia homicida (Eronen et al. 1996).

Se ha documentado la participación del alcohol en la violencia doméstica e intrafamiliar. Se estima que el alcohol está presente en un 60% de los delitos violentos, especialmente homicidios, agresiones sexuales e incendios (Hore 1988 citado en Reulbach et al. 2006).

El alcohol también facilita la emergencia de violencia de forma indirecta. Es frecuente en alcoholismos la aparición de sintomatología delirante crónica con temática persecutoria o celotípica (Bénézech et al. 2002).

### 5.3.5. Alcohol y homicidios

Muchos de los estudios que analizan la relación entre alcohol y el homicidio vienen de Finlandia. Se ha estimado que el 73% de los hombres y el 77% de las mujeres (UNODC 2014) o el 80-85% de los homicidas (Lehti 2006) se encontraban bajo la influencia del alcohol en el momento de los hechos. En Australia más de la mitad de los agresores y de las víctimas de homicidio, entre 2008-2010, habían consumido alcohol, uno de ellos o los dos (UNODC 2014).

Un caso típico muestra a un agresor y una víctima bebiendo juntos, durante horas. Empieza una discusión, con escalada de tensión, que acaba en una muerte. La distinción entre la víctima y el agresor puede ser casual, cualquiera hubiera podido ser la víctima (Darke 2010). Se trata de episodios de violencia expresiva o reactiva (Laasajalo 2007).

Se consideran consumos perjudiciales, con riesgo de violencia grave, tomar más de cinco bebidas en hombres y cuatro en mujeres (Lundholm et al. 2013), a veces mezclados con cocaína y cannabis. El promedio de consumo de riesgo es de 8,9 bebidas (se estima que cada bebida tiene 12 gm de alcohol).

Spunt et al. (1995 en Darke 2010) informan de un promedio de 7 horas de consumo de alcohol, en el agresor, antes del homicidio.

El intervalo de mayor consumo y de mayor riesgo de violencia, está en los fines de semana. Empieza el viernes y termina el domingo, especialmente a última hora de la tarde y primeras horas del día. La probabilidad más baja de homicidio está en el lunes (Darke and Duflou (2005), Hocking (1989 citado en Darke 2010).

Existe una comorbilidad entre consumos de sustancias y los trastornos de personalidad, compartiendo antecedentes y factores de riesgo familiares y personales: psicopatología en los padres, antecedentes de maltrato, bajo nivel de escolaridad, entre otros, aunque los alcohólicos pueden ser personas más bien solitarias y frecuentemente desempleados (Laasajalo 2007).

Es común que los homicidas que consumen alcohol/drogas tengan antecedentes psiquiátricos y antecedentes judiciales por delitos previos (Richard-Devantoy et al. (2009).

La búsqueda de la droga, la necesidad de elevadas cantidades de dinero, las actividades ilícitas, la participación en el tráfico de drogas... determinan historias y antecedentes penales (Bénézech et al. 2002).

### 5.4.-Cocaína

La cocaína es un potente psicoestimulante del sistema nervioso central, a través de la acción dopaminérgica, dosis-dependiente.

Tomando como referencia el Informe Adicción a la cocaína: neurobiológica, clínica, diagnóstico y tratamiento de Caballero (2005):

Entre los *efectos psicológicos de la cocaína a corto plazo* observados en laboratorios de farmacología humana se encuentran (Caballero y Alarcón, 2000)

- Euforia y, en ocasiones, disforia.
- Aumento de la sensación de energía en alerta.
- Sensación de agudeza mental.
- Incremento de ansiedad y suspicacia.
- Disminución de la necesidad de sueño.
- Aumento del «insight» y de la autoestima (grandiosidad).

Tras un consumo moderado, los consumidores no adictos experimentan habitualmente un periodo de cansancio y, en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas y/o en personas predispuestas, pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones y/o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, estereotipias, bruxismo y convulsiones.

La acción más importante de la cocaína es el bloqueo del transportador de dopamina (Koob 1999) que produce una estimulación dopaminérgica, a través de los receptores D1 y D2 asociados a la experiencia de la euforia cocaínica (Volkow et al. 1999).

También están implicadas las vías serotoninérgica, norepinefrinérgica, gabaérgica, glutamatérgica, histaminérgica, acetilcolinérgica y feniletilaminérgica. (Caballero 2005).

El consumo repetido de cocaína produce tolerancia y puede producir dependencia. La adicción induce cambios a todos los niveles neurológicos, como la deplección de los almacenes de dopamina, la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos, alfa y beta adrenérgicos, la degeneración neurotóxica y otras alteraciones relacionadas con las encefalinas, la serotonina y el GABA (Nestler 2004). Los pacientes dependientes de cocaína suelen presentar de 1 a 4 episodios de consumo por semana, separados entre sí por cortos periodos de abstinencia (Darke 2010).

En consumidores de cocaína base y en uso inyectable, puede aparecer una psicosis cocaínica, que puede cursar con una agresividad y una agitación muy marcadas (Darke 2010).

La frecuencia de la psicosis cocaínica, en distintas series clínicas, varía entre el 29% y el 68% (Manschreck y cols., 1988; Brady y cols., 1991; Satel y Edell, 1991) Aproximadamente el 65-70% de los consumidores crónicos de cocaína presentan síntomas paranoides transitorios que suelen remitir con abstinencia. Se caracterizan por ideas delirantes típicamente persecutorias, de perjuicio (p.ej. por la policía o traficantes) y celos (Caballero 2005).

Estudios con gemelos han mostrado que la *vulnerabilidad genética* puede condicionar el uso, abuso y dependencia de cocaína (Kendler y Prescott, 1998). Parte de la vulnerabilidad genética de la cocaína parece compartida con la vulnerabilidad genética del alcoholismo (Miller y cols., 1990 en Caballero 2005).

Otros investigadores vinculan el consumo a *rasgos de personalidad* de tipo límite, hipertímica y psicopática. La covariación del consumo de cocaína y los trastornos de personalidad difieren mucho según los estudios entre (15-75%) (Rounsaville y cols., 1991; Weiss y cols., 1993; Kranzler y cols., 1994; Sonne y Brady, 1998 citados en Caballero 2005). Entre los cocainómanos se encuentran tasas altas de trastorno de personalidad antisocial (Schmitz et al. 2000).

La esquizofrenia y el consumo de cocaína en muestras americanas varía entre el 15-60% (Dixon (1999)).

#### 5.4.1.-Cocaína y homicidios

Las drogas ilícitas parecen más relacionadas con la violencia a través del estilo de vida y modelos de consumo y menos con los factores farmacológicos proximales, aunque la investigación es contradictoria en sus resultados.

Por países, las cifras de homicidio bajan cuando baja el consumo de drogas (Rossow 2004 y Darke 2010) con lo que algún efecto inmediato tiene en la violencia.

El consumo de cocaína se asocia a la baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, necesidad de excitación, rebeldía y rabia (Delgado, 1994; Lesswing & Dougherty, 1994 en Tortajara 2008).

La cocaína es más prevalente en homicidios de USA, primer consumidor mundial de la droga (Darke 2010) y asociada a la forma base o “crack”, variedad de muy alta capacidad adictiva.

En la ciudad de Nueva York el importante nivel de los homicidios de los años 80-90 se vinculó al consumo de crack (Kuhns et al. 2009).

Según el Informe Observatorio Europeo de Toxicomanías (2012) España presenta, junto con el Reino Unido, el consumo de cocaína más elevado de Europa. En los entornos recreativos, el consumo de cocaína está estrechamente ligado al alcohol y otras drogas ilegales.

Sin embargo, España no tiene las tasas de homicidio más alta de Europa, con lo que además de la presencia de drogas, intervienen otros muchos factores de índole cultural y social.

#### 5.5.- Anfetamina

Amina simpaticomimética con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y sucesivas variedades.

El éxtasis (MDMA) es un derivado de la anfetamina pero de estructura similar al alucinógeno mezcalina, con efectos psicoestimulantes y capaz de alterar la percepción. Una intoxicación por anfetaminas se muestra con agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y alteración del juicio. En casos raros, se produce delirio en las 24 horas siguientes al consumo. El uso crónico induce, a menudo, a cambios de la personalidad y del comportamiento, con impulsividad, agresividad, irritabilidad, desconfianza y psicosis paranoide.

El uso repetido produce una neurodegeneración selectiva en los terminales serotoninérgicos, responsable de desórdenes neuropsicológicos observados en los consumidores de éxtasis (SanMartín 2010).

Streteski (2008) asocia la metanfetamina con un riesgo multiplicado por 9 de homicidio.



### 5.6.- Cánnabis:

El uso del cánnabis se asocia con el tráfico de drogas, el uso de armas y la violencia con participación en peleas, entre adolescentes americanos. Sin embargo, hay muy poca información sobre el papel directo del cánnabis en la violencia homicida (Dukarm et al. 1996).

### 5.7.- Opiáceos

No se han encontrado relaciones farmacológicas entre el consumo agudo de opiáceos y la violencia, al ser una sustancia depresora del sistema nervioso central, aunque en estos consumos la violencia se vincula más a factores distales.

Las drogas son caras y todos aquellos mercados en que el dinero tiene un peso significativo, conllevan la existencia de violencia. Además, la violencia vinculada al tráfico de drogas se desarrolla en medio de la prostitución, el tráfico de personas..., que forman redes complejas entre ilegalidad y violencia.

### 5.8.-Nuevas sustancias psicoactivas

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) son un desafío para la salud y la legalidad. Son sustancias sintéticas de rápida creación y distribución que no están fiscalizadas por los tratados internacionales sobre drogas, pero que pueden plantear una amenaza a la salud pública. Son sustancias nuevas que tratan de imitar los efectos de drogas sujetas a fiscalización y que aparecen y desaparecen rápidamente del mercado.

Hasta mediados de 2012, la mayoría de las NSP identificadas eran cannabinoides sintéticos (23%), fenetilaminas (23%) y catinonas sintéticas (18%), seguidas de triptaminas (10%), sustancias de origen vegetal (8%) y piperazinas (5%).

La mayoría son drogas desechadas desde los mercados farmacéuticos y poseen un perfil disociativo. Son frecuentes los episodios psicóticos con alucinaciones visuales, sentimientos de pánico y terror e impulsividad brutal.

Tras nombres aparentemente inocentes, como “paco” o “mystery”, “ola de marfil”, “paloma roja”, “seda azul”, se ocultan poderosas sustancias que se venden como fertilizantes y productos agrícolas en internet. La metildioxipirovalerona (MDVP) es llamada la “droga caníbal” porque se ha asociado a casos de canibalismo (Laajasalo 2007).

## **Capítulo 3. -EL HOMICIDIO COMO DELITO**

### **3.1.- Visión general del delito de homicidio**

Son delitos las acciones u omisiones recogidas como tales en el código penal de un país.

Aunque el homicidio es un delito universal, cada país lo tipifica de forma diferente, poseyendo distintas tipologías, criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de exclusión de un delito, son las formas de exención y de menoscabo de la responsabilidad.

Cada sociedad explica los delitos desde un modelo causal: como resultado de una alteración biológica, de una enfermedad, un problema cultural o un acto voluntario. La explicación dada al delito se enlaza con las consecuencias, más o menos punitivas, dadas a la acción antijurídica. Hay sociedades, que responden al homicidio con fuertes condenas, como la pena de muerte o la cadena perpetua, mientras que otros países optan por la rehabilitación y reintegración social de los delincuentes (Mugellini 2008).

### **3.2.-Eficacia policial y judicial**

La eficacia y eficiencia de los sistemas policiales y judiciales frente al homicidio ha sido evaluada de forma cuantitativa por las Naciones Unidas (UNODC 2014).

Se calcula que, a nivel mundial, en un 60% de los homicidios, se produce la identificación y detención de uno o varios sospechosos. En Europa y Asia estas cifras aumentan hasta el 80-85%, pero en América desciende hasta el 50%.

El promedio mundial de condenas de sospechosos de homicidio está en el 43%, siendo del 81% en Europa, y en América del 24%.

América, es actualmente, el continente con la tasa de homicidio más alta del mundo, pero también con el nivel de impunidad más elevado. Esto puede ser debido a muchos factores, entre ellos, la existencia de bandas y del crimen organizado, la corrupción policial y judicial y la debilidad de las instituciones, que limitan la capacidad de respuesta del Estado.

La población penitenciaria de homicidas es muy estable a lo largo del mundo, independientemente de las tasas regionales de muertes: oscila entre el 7 y el 10% (UNODC 2014).

En España, según la Estadística de la Población Penitenciaria Española del año 2012, el 6,9% de los hombres y el 7,8% de las mujeres, ingresadas en centros penitenciarios, lo eran por delitos de homicidios (Ministerio del Interior 2012).

### **3.3.-Pena de muerte**

La otra cara del homicidio es la pena de muerte, legitimada por los Códigos Penales de 62 países del mundo.

Los informes internacionales indican que la pena de muerte se aplica cada vez menos, pero debido a las ejecuciones en Irán e Irak, se estima un aumento en, al menos un 15%, en el periodo 2012-2013.

La pena de muerte se aplica especialmente en Afganistán, Irán, Irak, Estados Unidos y China. Se cree, que las ejecuciones en China son superiores a las del resto del mundo en

su conjunto, pero es información clasificada y secreta. En Pakistán hay más de 8.000 personas en espera de ejecución (Amnistía Internacional 2013).

Está abolida la pena de muerte en todos los países pertenecientes a la Comunidad Económica Europea. Bielorrusia es el único país europeo donde es legal y hay constancia de la existencia de ejecuciones.

En España fue abolida la pena de muerte al acogerse al Protocolo número 6, del Convenio Para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (*Estrasburgo, 28 de abril de 1983*) publicado en el BOE número 92, de 17 de abril de 1985<sup>3</sup>

### **3.4.-Homicidio en el Código Penal español**

#### **3.4.1- Aspectos jurídicos**

El homicidio es contemplado en nuestro ordenamiento jurídico en el Código Penal (CP) en el Libro II. Título I bajo el epígrafe del “homicidio y sus formas”, arts. 138-143 y cuya última reforma (Ley Orgánica 1/2015) ha entrado en vigor el 1 de julio del 2015. Esta reforma ha supuesto cambios sustanciales, algunos muy controvertidos, en el tema del homicidio. Estos artículos hacen referencia al homicidio doloso, al asesinato, al asesinato en varias circunstancias, a la conspiración, proposición y provocación (del homicidio y del asesinato), al homicidio imprudente y la inducción al suicidio. Haremos referencia a dos figuras jurídicas, ya desaparecidas, pero que persisten en el lenguaje común

El infanticidio (Art 410: “*La madre que para ocultar la deshonra matare al hijo recién nacido será castigada con pena de prisión menor. En la misma pena incurrirán los abuelos maternos que, para ocultar la deshonra de la madre, cometieren este delito*”) ya desaparecido, era un tipo de delito privilegiado, castigado con pena de prisión menor (seis meses y un día a seis años) autónomo, registrado en un capítulo (II) distinto del homicidio (capítulo I). Para cumplir el tipo delictivo era necesario que los autores fueran la madre del niño/ña, nacido, o los abuelos maternos y siempre con un motivo “honoris causa” o sea para ocultar la deshonra de la madre.

Si el autor de la muerte del niño/ña hubiese sido el padre o abuelos paternos, la calificación jurídica sería de parricidio, tipo contemplado en el capítulo del homicidio, con la misma pena que el asesinato (reclusión mayor a muerte).

El mencionado artículo fue objeto de mucha controversia por razones jurídicas y psicológicas. De estas últimas, cabría mencionar si la honoris causa lleva o no implícitas alteraciones psíquicas de la parturienta o del estado puerperal.

El Tribunal Supremo nunca apreció las atenuantes del art. 9.8 (*la de obrar por estímulos tan poderosos que, naturalmente, hayan producido arrebatos u obcecación*) aplicadas al delito del infanticidio.

---

<sup>3</sup> Artículo 1: Abolición de la pena de muerte.

*Queda abolida la pena de muerte. Nadie podrá ser condenado a tal pena ni ejecutado*

Otra figura desaparecida es el *parricidio* que estaba contemplado en el art. 405 (“*El que matare a su padre, madre o hijo, o a cualquiera otro de sus ascendientes o descendientes legítimos o ilegítimos, o a su cónyuge, será castigado, como parricida, con la pena de reclusión mayor a muerte*”) y que se penaba de igual modo que el asesinato. Para el extinto parricidio, podría aplicarse en el vigente C.P. la circunstancia mixta de parentesco del art. 23.

En el homicidio, el bien jurídico protegido es la vida humana independiente, que tiene un rango constitucional. Quedan fuera de este epígrafe, adquiriendo autonomía propia, otros delitos como el homicidio de un Jefe de Estado extranjero u otras personas asimiladas (art. 605), el homicidio del Rey, sus ascendientes o descendientes (art. 485) y los delitos de genocidio (art. 607).

El criterio “vida dependiente” versus “vida independiente” separaría al aborto del homicidio. También desaparecen las circunstancias de premeditación y la utilización de medios de peligro común (inundación, incendio, veneno o explosivo).

La vida independiente, bien jurídico protegido en el homicidio, ha estado sujeta a múltiples controversias. En ella intervienen aspectos biológicos/fisiológicos y normativos.

Si se tiene en cuenta que el derogado delito del infanticidio hablaba de “recién nacido”, la cuestión se plantea alrededor de ese concepto. El nacimiento es un proceso que empieza con los dolores del parto y acaba con la expulsión del producto de la concepción.

Sin embargo, para García Martín (1997) (en Díez Ripollés et al. 1997) la vida independiente habría que considerarla cuando se da la completa salida o separación del feto del claustro materno, unido al criterio de autonomía vital (excluiría del concepto a los fetos vivos expulsados pero inviables, sin posibilidad de adquisición de autonomía vital).

Para este autor, la mayoría de la doctrina considera que “*el corte del cordón umbilical o el inicio de la respiración pulmonar serían aspectos accesorios e irrelevantes a los efectos jurídico-penales, de constitución del objeto material del homicidio*”.

Otros autores (Requejo Conde 2006), por el contrario, consideran que el límite inferior de la vida independiente comienza con el inicio del parto, con la dilatación y primeras contracciones.

De igual modo lo entiende el Magistrado del Tribunal Supremo y ponente de la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) del 2 de Enero de 1999, Granada Pérez (1999) cuando tras hacer un repaso de las diferentes posiciones de los principales juristas sobre el tema, expresa: “*..El comienzo del parto pone fin al estado fetal y ese comienzo surge con el llamado periodo de dilatación y continua con el periodo de expulsión, en ambos tiempos el nacimiento ya ha comenzado*”. Sin embargo, el consenso no es total ya que en una STS mas reciente (STS 2252/2001) el voto particular del Magistrado Perfecto Andrés critica el anterior criterio cuando expresa: “*Un ser vivo en periodo de expulsión, durante el parto, no es plenamente reconocible como "otro" respecto de la madre y tampoco en la relación con los demás sujetos....La realización del tipo objetivo requería como objeto de la acción criminal un individuo (ya) "nacido" y nacido muy poco tiempo antes.*”

En la actual redacción del delito de homicidio, se introducen, situaciones de agravación específica para la concurrencia de más de una circunstancia calificativas de asesinato, la regulación específica del homicidio por imprudencia grave o leve, la provocación, conspiración y proposición para cometer los delitos de homicidio, asesinato

y asesinato cualificado y, por último, la limitación punitiva en la cooperación necesaria al suicidio y la punibilidad limitada a las conductas activas en la eutanasia.

Únicamente abordaré aquellos aspectos jurídicos del homicidio que tengan más relación con el objeto de esta tesis.

### **A.-Homicidio doloso**

El art. 138 del C.P. establece:

*1.- El que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años.*

*2.- Los hechos serán castigados con la pena superior en grado en los siguientes casos:*

*a) cuando concurra en su comisión alguna de las circunstancias del apartado 1 del art. 140, o*

*b).- cuando los hechos sean además constitutivos de un delito de atentado del art. 550.*

Los elementos que configuran el tipo son:

(a).-Sujeto activo (quien causa la acción) cualquier persona.

(b).-Sujeto pasivo (quien recibe el resultado, muerte): persona dotada de vida independiente y tipos autónomos ya señalados como el Jefe de Estado extranjero, El Rey, ascendientes, descendientes, etc.

(c).-Elemento subjetivo: el dolo: conocimiento y voluntad de matar. Se incluye, también, el denominado “dolo eventual” en el que el autor ha previsto el resultado (la muerte) sin desearla directamente, pero ésta aparece como muy probable y, a pesar de ello, lleva a cabo la acción.

El problema se plantea en su distinción con la imprudencia, que comparte las mismas premisas. En función de la interpretación que se haga, podemos estar ante un homicidio doloso (incluso asesinato) o un homicidio por imprudencia.

Se han esgrimido diversas teorías: teorías de la aceptación, representación, de la posibilidad, de la probabilidad, del sentimiento y teorías mixtas. Para Luzón Peña (2012) la teoría correcta es la teoría restrictiva del consentimiento o aceptación.

Según esta teoría “*el dolo eventual requiere el elemento volitivo en forma de aceptación o consentimiento de la eventual producción del hecho pero que mediante una valoración objetivo-normativa se puede restringir lo que se entiende por aceptación/no aceptación*”....” La aceptación o consentimiento solo se excluye por una confianza mínimamente fundada objetivamente aunque errónea, en que se produzca el hecho.” *La esperanza irracional no excluye la aceptación.* El autor pone como ejemplo “*a un terrorista que pone una bomba en un sitio concurrido para producir alarma, pero deseando en el fondo que en el momento de la explosión no alcance a nadie*”. El autor concluye: “*... entonces objetivamente – es decir, desde el punto de vista jurídico y del hombre ideal- no se confía, porque no es posible confiar con algo de base que no se realice el hecho*”.

(d).-Resultado: la muerte de una persona dotada de vida independiente.

(e).-La acción: matar con dolo. Cabe la comisión por omisión cuando el autor tiene una posición de garante fundada en un deber legal o contractual o en la creación de un riesgo para la vida. El garante debe evitar un resultado (en este caso la muerte) por lo que la omisión de una conducta que habría evitado el resultado sería equivalente a la acción directa del mismo.

(f).-Relación de causalidad entre la acción y el resultado. Establecer la relación de causalidad puede ser incuestionable o fácil o llegar a ser un importante problema.

Para estos casos dificultosos se han establecido diversas teorías de la causalidad. Las más relevantes son las siguientes (Muñoz Conde y García Arán 2007):

1) Teoría de la *equivalencia de las condiciones* que viene a significar que cualquier condición que intervenga en el resultado es causa del mismo. La teoría es criticada puesto que la búsqueda de la causa última nos llevaría a un “regressus ad infinitum” (indagar la causa de la causa que a su vez es causada por otra (sic)).

2) Teoría de la *causa adecuada*. Sólo sería causa aquella que es adecuada para producir el resultado. La “adecuación” vendría determinada por lo objetivamente previsible (lo que una persona normal colocada en la misma situación que el agente, hubiera podido prever que en circunstancias corrientes se produciría el resultado probablemente). Al criterio de lo objetivamente previsible es necesario añadir otro componente: la diligencia debida, ya que si se actúa con la diligencia debida aunque se pueda prever el resultado, se mantiene en lo jurídicamente permitido.

3) Teoría de la *causa jurídicamente relevante*. La causa ha de ser relevante para el Derecho Penal.

4) Teoría de la *imputación objetiva*. Va más allá de la relación de causalidad material (que en ocasiones no se da, como por ejemplo en los delitos de omisión) introduciendo un criterio normativo. Por ello son necesarios los siguientes componentes: A.- Creación de un riesgo no permitido que conlleva la falta de diligencia. B.-Realización de ese peligro o riesgo en un resultado y C.-La producción del resultado dentro del fin o ámbito de protección de la norma infligida.

El apartado 2 del art 138 letra a) es una novedad del vigente C.P. y supone una agravación del homicidio doloso y nos remite al art 140, apartado 1.

Art 140.1:

1.- *Que la víctima sea menor de dieciséis años, o se trate de una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o discapacidad.*

2.- *Que el hecho sea subsiguiente a un delito contra la libertad sexual que el autor hubiera cometido sobre la víctima.*

3.- *Que el delito se hubiera cometido por quien perteneciere a un grupo u organización criminal.*

En relación a la edad, algunos autores (Vizueta Fernandez 2014) critican la arbitrariedad de elegir los 16 años, ya que en otros supuestos jurídicos se elige la edad de 12 años (art 148.3), en otros los 16 años (como en el art 183.2 y 3) y en otros se señalan los 18 años (art 165, 197.6 y 361 bis 2 1º).

En relación a la vulnerabilidad, el mismo autor, considera que la mayor parte de estos supuestos (edad, enfermedad o discapacidad) podrían ser encuadrados en la alevosía. Lo mismo opina Suarez-Mira (2015), que también critica el apartado 2 del art 140.1 que hace referencia “*el hecho fuera subsiguiente a un delito contra la libertad sexual*”, ya que no se especifica la indemnidad sexual ni de que tipo de delitos se trata (puede ser una agresión sexual, violación, abuso sexual, acoso sexual...) siendo distintas consecuencias. El último agravante hace referencia a la pertenencia del autor a un grupo u organización criminal.

La nueva reforma del C.P. define la “organización criminal” en el art 570 bis 1 y grupo criminal en el art 570 ter 1, último párrafo. Vizueta Fernandez (2014) entiende que el homicidio no ha de estar desconectado de las actividades delictivas a las que se dedica la organización o grupo criminal.

**Art 570 bis, 1:**

*A los efectos de este Código se entiende por organización criminal la agrupación formada por más de dos personas con carácter estable o por tiempo indefinido, que de manera concertada y coordinada se repartan diversas tareas o funciones con el fin de cometer delitos.*

**Art 570 ter 1:**

*A los efectos de este Código se entiende por grupo criminal la unión de más de dos personas, que, sin reunir algunas de las características de la organización criminal definida en el artículo anterior, tenga por finalidad u objeto la perpetración concertada de delitos.*

**Art 550:**

*1.-Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieren resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los acometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de su cargo o con ocasión de ellas.*

*En todo caso, se considerarán actos de atentado los cometidos contra los funcionarios docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo, o con ocasión de ellas.*

## **B.- El asesinato**

La figura del asesinato viene recogida en el art. 139 del C.P.

**Art 139**

*1.-Será castigado con pena de prisión de quince a veinticinco años, como reo de asesinato, al que matare a otro concurriendo alguna de las circunstancias siguientes:*

*1º Con alevosía.*

*2º Con precio, recompensa o promesa.*

*3º Con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido.*

*4º Para facilitar la comisión de otro delito o para evitar que se descubra.*

La diferencia con el homicidio doloso es la concurrencia de alguna (cualquiera) de las circunstancias específicas recogidas en el tipo. El resto de elementos son compartidos (sujetos, protección del bien jurídico...).

La alevosía viene definida en el art. 22.1 del C.P. Lo sustantivo es la idea del aseguramiento de la ejecución evitando los riesgos de la posible defensa de la víctima.

**Art 22**

*1.-Ejecutar algo con alevosía.*

Hay alevosía cuando el culpable comete cualquiera de los delitos contra las personas empleando en la ejecución medios, modos o formas que tiendan directa o indirectamente a asegurarla, sin el riesgo que para su persona pudiera proceder de la defensa por parte del ofendido.

Se han diferenciado tres clases de alevosía (Arias Eibe 2005):

- 1) Proditoria o traicionera. El ataque que tiene lugar sobre el sujeto pasivo cuando va precedido de trampa, emboscada, celada, lazo, acecho, insidia...
- 2) Sorpresiva, súbita o inopinada. Se trata de un ataque imprevisto por el sujeto pasivo que no le permite reaccionar ni eludir el golpe.
- 3) De prevalimiento, desvalimiento o indefensión. Se trata del aprovechamiento por parte del autor de una especial situación de indefensión o desamparo, absoluto o muy acentuado, de la víctima que no puede defenderse: esta tumbada, embriagada, sentada, dormida tras administrar una droga... Han sido muy criticadas resoluciones del Tribunal Supremo cuando ha aplicado la circunstancia de alevosía en la muerte de niños, ancianos o inválidos, sin que se hayan cumplido los elementos del tipo “medios, modos o formas que tiendan directa o especialmente a asegurarla”, en lugar del abuso de superioridad.

La segunda circunstancia específica del art 139 hace referencia al “precio, recompensa o promesa”. La mayoría de los autores, al igual que la jurisprudencia, consideran que se trata de un concepto con valor económico. Además, Diez Ripollés et al. (1997) indica que “ha de ser el motivo desencadenante de la resolución delictiva” por lo tanto, ha de tener lugar con anterioridad a la perpetración del delito.

La tercera circunstancia señalada se refiere al “ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido”. Diez Ripollés et al. (1997) considera los siguientes requisitos:

- 1) La víctima ha de estar con vida y consciente (el descuartizamiento de un cadáver no da lugar a la agravante de ensañamiento).
- 2) El dolor puede ser tanto físico como psíquico (por ejemplo, simulacro de una ejecución).
- 3) La producción ha de ser innecesaria por lo que no es decisivo el número de heridas.

La jurisprudencia, en un sentido similar, ha diferenciado el concepto jurídico del concepto coloquial de ensañamiento (Tribunal Supremo 2013).

*“El ensañamiento es un concepto jurídico precisado en la Ley que no coincide necesariamente con una conceptualización coloquial o, incluso gramatical, de la propia expresión, de modo que -decíamos en la STS. 775/2005 de 12.4 los Tribunales hemos de sujetarnos a los términos en los que el Legislador lo ha definido, para determinar si, en el caso concreto sometido a enjuiciamiento, concurre o no la referida circunstancia de agravación, bien entendido que el derecho penal español está sujeto al principio de legalidad.....”.*

*“Se requiere, pues, -precisan las SSTS. 357/2005 de 20.4; 713/2008 de 13.11 dos elementos: uno objetivo, constituido por la causación de males objetivamente innecesarios para alcanzar el resultado típico, que aumentan el dolor o sufrimiento de la víctima. Y otro subjetivo, consistente en que el autor debe ejecutar, de modo consciente y deliberado, unos actos que ya no están dirigidos de modo directo a la consumación del delito, sino al aumento del sufrimiento de la víctima (STS 1553/2003 de 19.11, 775/2005 de 12.4 (LA LEY 13113/2005)). Y esto último puede inferirse racionalmente de los propios elementos objetivos que han concurrido en el caso, en cuanto el sujeto no suele exteriorizar su ánimo de incrementar deliberada e innecesariamente el sufrimiento y dolor de su víctima (STS 147/2007 de 19.2).”*



Por último, la última reforma del C.P. ha incluido un último apartado en el tipo: “para facilitar la comisión de otro delito o para evitar que se descubra”. La inclusión de esta circunstancia ha sido criticada por el Consejo Fiscal en su informe del 24 de noviembre del 2014 porque puede provocar problemas concursales de difícil solución, sugiriendo su eliminación (Suarez-Mira 2015).

El C.P. prevé una agravación del delito de asesinato si concurren más de una de las circunstancias contempladas en el art. 139.

#### Art 139

*2.- Cuando en un asesinato concurren más de una de las circunstancias previstas en el artículo anterior, se impondrá la pena en su mitad superior.*

Pero, la mayor novedad de esta reforma y también la más criticada, la “reforma estrella” del nuevo C.P. es la prisión permanente revisable, que aparece en el art 140.1 y 2.

#### Art 140:

*1.- El asesinato será castigado con pena de prisión permanente revisable cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:*

*1º.- Que la víctima sea menor de dieciséis años, o se trate de una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o discapacidad.*

*2º.- Que el hecho sea subsiguiente a un delito contra la libertad sexual que el autor hubiera cometido sobre la víctima.*

*3º.- Que el delito se hubiera cometido por quien perteneciere a un grupo u organización criminal.*

*2.- Al reo de asesinato que hubiera sido condenado por la muerte de más de dos personas se le impondrá una pena de prisión permanente revisable. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en la letra b) del apartado 1 del artículo 78 bis y en la letra b) del apartado 2 del mismo artículo.*

Haremos unos breves comentarios de la prisión permanente revisable a la luz de lo publicado por eminentes juristas. Cervelló Donderis (2015) se manifiesta así: “*la mayor crítica que se puede hacer a la regulación de la prisión permanente revisable, más allá de su confrontación con los principios de seguridad jurídica, humanidad y reinserción social, es su total falta de sistemática que obliga a una continua búsqueda de los preceptos relacionados con la misma*”. Cita los siguientes artículos relacionados, sin incluir los correspondientes a sus específicos delitos: 33,35, 36,1, 36.3, 78 bis 1, 78bis 2, 83, 86, 87, 91, 92.1, 92.2, 92.3, 92.4.

Esta pena se aplicará a los supuestos de “excepcional gravedad”, donde, además de los señalado en relación al asesinato estarían el homicidio del Rey o Príncipe heredero (art 485.1), el homicidio terrorista (art 572.2), el homicidio en territorio español de un Jefe de Estado extranjero o persona internacionalmente protegida por un Tratado (art 605,1) y el homicidio, la agresión sexual, o las lesiones graves, en delito de genocidio (art 607) o el homicidio en delito de lesa humanidad (art 607 bis).

De la exposición de motivos de la Ley Orgánica 1/2015, de reforma del C.P., la prisión permanente revisable, además de su aplicación a un catálogo cerrado de delitos,

tiene como característica las siguientes: 1) Se debe cumplir una parte mínima de la condena. 2) Es revisable, lo que indica que se puede prorrogar o quedar en libertad condicional, si se cumplen los requisitos. No es, por lo tanto, una “pena definitiva”. 3) Existe en otros ordenamientos jurídicos de nuestro entorno y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha considerado que se ajusta a la Convención Europea de Derechos Humanos por ser “revisable” y satisfacer el art 3 de la Convención (“*Nadie puede ser sometido a torturas o penas o tratos inhumanos o degradantes*”) 4) El Consejo de Estado también considera la constitucionalidad de la medida al haber ratificado España el Estatuto de la Corte Penal Internacional, en el que está prevista la posible imposición de una pena de prisión permanente.

Sin embargo, surgen voces críticas, que dudan de la constitucionalidad de la pena de prisión permanente revisable. Especialmente duras son las críticas de Cancio Meliá (2013) que dice “*En síntesis, para una valoración de conjunto de la nueva pena se acumulan los adjetivos: es una propuesta innecesaria, político-criminalmente inaceptable y mendaz, jurídico-técnicamente desastrosa e inconstitucional*”.

Abel Souto (2015) recogiendo la opinión de otros eminentes juristas señala su inconstitucionalidad (catedráticos pertenecientes a 33 universidades españolas señalan en un manifiesto que la tipificación de los delitos a los que se apunta son “*preceptos que superan la Constitución*”, Gonzalez Tascón, Acalé Sanchez, Cuerda Riezu, Muñoz Conde... y Garcia Aran.

Carbonell Mateu (2015) citando el artículo 25.2 de la Constitución afirma:

*“Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas a la readaptación social del delincuente” dice que “si ya es dudosa la adecuación constitucional de los larguísimos periodos de cumplimiento efectivo e íntegro actualmente vigentes, ha de serlo más la nueva pena que, se presente como se presente, es una cadena perpetua”.*

La prisión permanente revisable es citada en el art 140. 1 y 2. El artículo 140.2 es criticado por su indefinición, Se requiere para su aplicación la muerte, al menos, de tres personas pero el artículo no clarifica que tipo de homicidios son (pueden ser homicidios dolosos o asesinato, aunque al menos una de las muertes debe de ser un asesinato). En opinión de Vizueta Fernandez (2013) y Del Carpio Delgado (2012) las tres o más muertes han de ser constitutivas de asesinato.

### **C.-Homicidio imprudente**

En este capítulo se han introducido importantes novedades con la última reforma del C.P. por desaparición de todas las faltas del Libro III del C.P. Desaparece la falta de homicidio por imprudencia leve, que pasa a ser despenalizado y se reconduce a la vía civil. Se introduce la figura jurídica del homicidio por imprudencia menos grave que pasa al catálogo de los delitos leves.

Estamos pues, ante una división de la imprudencia en tres grados:

- La grave, equivalente a la antigua imprudencia temeraria.
- La menos grave.
- La leve.

Si hay un resultado de muerte, las dos primeras son consideradas delitos con la salvedad de que cuando es menos grave, el delito se considera leve y la imprudencia leve se despenaliza.

Los delitos de homicidio por imprudencia quedan recogidos en el art. 142 del C.P.

Art 142:

*1.- El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, a la pena de prisión de uno a cuatro años.*

....

*2.-El que por imprudencia menos grave causare la muerte de otro, será castigado con la pena de multa de tres a dieciocho meses.*

En el homicidio imprudente los elementos que configuran el tipo son los mismos que en el homicidio doloso excepto que aquí, el autor no tiene la intención (dolo) de matar al otro, pero la muerte se produce por una conducta u omisión imprudente. La imprudencia no está definida en leyes sustantivas ni procesales por lo que hay que extraerla desde la dogmática y de la jurisprudencia.

La imprudencia, a diferencia del dolo, excluye la intención y voluntad de causar el resultado (la muerte del otro) pero éste se produce porque la conducta del autor se ha alejado del deber de cuidado.

Los más prestigiosos tratadistas del Derecho Penal dedican algún capítulo a la imprudencia y al homicidio impudente. Existiendo, en sus aspectos conceptuales, grandes coincidencias.

Un autor clásico como Gracia Martín (Diez Ripollés et al. 1997) establece los elementos constitutivos del homicidio imprudente:

*“1) el autor ha realizado una acción finalista (para una comprensión de la teoría final de la acción véase Dietrich Herzberg (2008)) que es irrelevante para el tipo en cuanto al fin que persigue aquel, pero que es absolutamente relevante en cuanto a los medios utilizados y/o el modo de su ejecución, aspectos de la acción que, sin duda, están abarcados por la finalidad como categoría ontológica rectora para la configuración del concepto acción. 2) la acción realizada por el autor se desvía de la dirección finalista exigida por el Derecho para la realización de esa clase acciones finalistas, es decir; supone una inobservancia del cuidado objetivamente debido. 3) se ha producido un resultado de muerte. 4) entre la acción realizada por el autor y ese resultado se constata una relación de imputación objetiva, lo que supone, en primer lugar, que la producción del resultado ha sido consecuencia, precisamente de la inobservancia del cuidado objetivamente debido y, en segundo lugar, que el resultado producido, está comprendido en el ámbito de la protección de la norma objetiva de cuidado infringida por el autor, porque pertenece a esa clase resultados que pretenden ser evitados con esa norma de cuidado vulnerada.”*

La jurisprudencia también refleja los elementos constitutivos de la imprudencia. Así, la STS 2252/01, establece los siguientes:

a) Existencia de acción u omisión voluntaria pero no maliciosa.

- b) Un elemento psicológico consistente en el poder o facultad del agente de poder conocer y prevenir un riesgo o peligro susceptible de determinar un daño.
- c) Un factor normativo que consiste en la infracción de un deber objetivo de cuidado en el cumplimiento de reglas sociales establecidas para la protección de bienes social o individualmente valorados y que constituye la base de la antijuricidad en la conducta imprudente.
- d) Causación de un daño.
- e) Relación de causalidad entre conducta descuidada e inobservante de la norma objetiva de cuidado como originario y determinante del resultado lesivo sobrevenido.

La conducta imprudente pivota sobre la inobservancia del cuidado objetivo, Muñoz Conde (Muñoz Conde y García Aran 2007) diferencia dos dimensiones del mismo: *“uno intelectual según el cual es necesaria la consideración de todas las consecuencias de la conducta que, conforme a un juicio razonable (“objetivo”) eran de previsible producción (“previsibilidad objetiva”); y otro valorativo, según el cual solo es contraria al cuidado aquella conducta que queda por debajo de la medida adecuada socialmente”*. Esas reglas de cuidado no siempre son fáciles de precisar y es necesario recurrir a criterios abstractos como *“el buen conductor”*, *“el hombre de inteligencia media”* *“el profesional medio”*....

Todo ello se podría resumir en dos conceptos: prever lo que es previsible y evitar lo que es evitable. Si fallan cualquiera de esas afirmación se infringe el deber de cuidado objetivo.

### **3.5.- La imputabilidad**

La imputabilidad se define como la “capacidad de actuar culpablemente” (Rodríguez Devesa en Carrasco y Maza 2011). De la misma manera que se requiere una capacidad básica para suscribir un contrato u otro acto jurídico, la imputabilidad representaría la “capacidad para delinquir”. Esto determina la capacidad de ejecutar el acto antijurídico descrito como delito y de ser responsable de las consecuencias jurídicas de la conducta delictiva (Carrasco y Maza 2011).

La imputabilidad es un concepto controvertido tanto desde el punto de vista jurídico como psiquiátrico, incluso, hay polémicas sobre quiénes pueden, o no, utilizar el término. Hay autores que consideran se trata de un término reservado al ámbito judicial y no al campo médico.

Así, la Sentencia del Tribunal Supremo (21/7/90, Art. 6.808) dice:

*“la ley determina la necesidad de comprobar, de una parte, un determinado estado biológico del autor (enfermedad mental o enajenación, trastornos mentales equivalentes de carácter transitorio, debilidad mental, etc.) y, de otra, unas consecuencias de dicho estado (capacidad de comprensión de la antijuricidad y de comportarse de acuerdo con tal comprensión”*.

*“Es un juicio estrictamente jurídico, de carácter normativo, que está fuera de la competencia de los peritos médicos y que, consecuentemente, no se basa totalmente en conocimientos científicos especiales”*.

En todo caso, es un elemento crucial en la peritación psiquiátrica/psicológica ya que, aunque no tiene el carácter de vinculante, supone un juicio técnico que puede tener un importante peso en la sentencia.

Desde el punto de vista jurídico se discute si la imputabilidad es equivalente a la culpabilidad o si se relaciona con la motivación social (Carbonell Mateu (1992)). Los defensores de la primera postura basan su tesis en el libre albedrío. *“Se afirma que actuó de una determinada manera, en contra del Derecho, cuando pudo y debió haber actuado de otra,-cumpliendo la norma.. Estamos, pues, presumiendo que el sujeto eligió actuar así; la vexataquaestio del libre albedrío.”*

Por su parte, Gimbernat, también recogido por Carbonell Mateu (1992), entre otros muchos autores, plantean la teoría de la motivación: mediante el Derecho Penal se pretende motivar al sujeto para que no cometa delitos; es, básicamente, la función preventivo-general de la pena la que fundamentará su existencia. En otras palabras: se impone la pena para motivar, para que el sujeto no delinca. Y sólo se debe imponer la pena cuando es necesario.

Existen múltiples definiciones del concepto de imputabilidad, una definición clásica es la siguiente: (Cobo y Vives 1984): *“Conjunto de requisitos psicobiológicos, exigidos por la legislación penal vigente, que expresan que la persona tenía la capacidad de valorar y comprender la ilicitud del hecho realizado por ella y de actuar en los términos requeridos por el ordenamiento jurídico”*.

### **3.6.-La inimputabilidad**

El Código Penal (C.P.) no hace una definición del concepto de inimputabilidad. Se determina de una forma operativa, deduciéndolo, eso sí, del concepto de Responsabilidad (art. 20 y 21). El Código Penal ha explicitado lo que la Jurisprudencia venía interpretando sobre este concepto.

#### **Art 20.**

*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.*

*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.*

#### **Art. 21.**

*Son circunstancias atenuantes:*

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

2.ª La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.

3.ª La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebatos, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

Han existido básicamente tres posturas (Carrasco y Maza 2011):

1ª La biológica o psiquiátrica. Se fundamenta exclusivamente en la existencia de una perturbación mental. La enfermedad mental por sí sola es suficiente para hacer un juicio de imputabilidad. Este criterio, exclusivista, no es admitido ni por autores ni por la Jurisprudencia porque hay trastornos mentales que no determinan una merma del autogobierno.

2ª Psicológico, sintomático o normativo. No interesa tanto la etiqueta diagnóstica sino las manifestaciones al tiempo de cometer el delito. Es el criterio más importante.

3ª Mixto o biológico-psicológico. Contempla la concurrencia de los dos anteriores. Es el admitido por la mayoría de los países y el recogido por nuestra Jurisprudencia y por el propio C.P.

Se hacen algunas críticas al concepto de imputabilidad ya que su concepto se reduce a las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto en el momento de la comisión del acto antijurídico.

Una primera dificultad está en considerar si los constructos “inteligencia” y “voluntad” están unánimemente definidos y admitidos por la comunidad científica. En segundo lugar, en el caso de que exista unanimidad científica, cabe preguntarse si no hay un excesivo reduccionismo, al centrarse el psiquismo humano solo en términos cognitivos y conativos.

La limitación de la concepción de imputabilidad a las funciones cognitivas y volitivas lleva a la consideración de que la persona inimputable sería aquella que no tiene inteligencia y/o voluntad. Este un absolutismo incorrecto. Como dice Castilla Del Pino (1990):

*“Respuestas a preguntas tales como si tiene parcialmente o totalmente abolidas sus facultades volitivas deben eludirse, porque son preguntas mal planteadas, han sido ya fuertemente criticadas y se inspiran en una construcción psicológica absurda. ¿Qué se quiere decir con eso de las facultades volitivas supuestamente abolidas?. Si se ha de ser estricto, esto significa que no se está en condiciones de querer. Pero querer, se quiere siempre: un oligofrénico, por profundo que sea, quiere y hace, si puede....Solo no se quiere cuando se está en coma....”*

Este autor propone una teoría que denomina, teoría de la motivación. Lo que decide la anormalidad de una conducta es su motivación, aunque advierte del problema que existe en la consideración de lo normal y lo anormal en psiquiatría.

La teoría de la imputabilidad abarca un espectro, donde en un extremo se sitúa la imputabilidad plena y, por lo tanto, la responsabilidad plena (si no concurren otros elementos). En el otro extremo la inimputabilidad o ausencia de responsabilidad (eximente completa). Existen estadios intermedios: semi-imputabilidad o responsabilidad atenuada al aplicarse atenuantes o eximentes incompletas.

En el mundo anglosajón se ha producido una evolución semejante a la española llegando a conclusiones muy similares. Los conceptos nuestros de imputabilidad, responsabilidad penal y culpabilidad giran en torno al concepto anglosajón de “insanity defense”.

Dejando al margen los antecedentes históricos lejanos (Giorgi-Guarnieri D., et al. 2002), el hito más significativo que ha dado lugar a los modernos criterios de imputabilidad está en el Derecho inglés, en 1843.

Daniel ‘McNaughton’ (también escrito como McNaughtan o M’Naghten) padecía una paranoia con un delirio de persecución y creía que el gobierno británico y su primer ministro, Sir Robert Peel, le quería matar. Atentó contra el primer ministro, pero se equivocó en el disparo y mató a su secretario Edward Drummond. El jurado le absolvió en razón a su enfermedad mental. Este veredicto generó una polémica importante y la Reina Victoria ordenó a la Cámara de los Lores que elaborase unos criterios para valorar la “insanity defense”. Se crearon las Reglas M’Naghten.

Las características de las reglas M’Naghten son las siguientes (Allnutt et al. (2007):

- 1) Toda persona se presume sana hasta que se pruebe lo contrario.
- 2) Una persona aquejada de un delirio hay que evaluarla como si el contenido del mismo fuese real.
- 3) Para establecer la defensa en base a la locura debe quedar bien establecido:
  - Su estado en el momento de cometer el hecho.
  - El acusado actuó por un defecto de razón (alteración de las facultades mentales).
  - Que procede de una enfermedad mental.
  - Que no conocía la naturaleza o cualidad de lo que estaba haciendo.que si lo conocía no sabía que estaba mal.

Sin embargo, muchas voces se alzaron contra las mismas por su gran énfasis en los aspectos cognitivos descuidando otros aspectos del psiquismo. Ello dio lugar a la implementación de otros “test de la insanity defense”.

El “test del impulso irresistible” vino a completar las Reglas M’Naghten. Introduce el componente de control y el volitivo. Bajo este test, los acusados argumentan que a pesar de que conocen que sus actos están mal, son incapaces de prevenir o controlar su conducta criminal a causa de una enfermedad mental. El test también ha sido muy criticado, siendo el estado de Virginia el único que lo aplica en su forma pura.

Como el test gira en torno a los conceptos de control y de voluntad, los críticos aseguran que los expertos que testifican en estos casos no son capaces de determinar si el acusado no ejercía el control de su conducta, o era incapacidad de elegir, a causa del trastorno mental. La APA (Asociación de Psicología Americana) apunta más a la última posibilidad (Carol and Rolf 2006).

Otro test de la “insanity defense” es el denominado “Durham test”. En éste, la defensa de la inimputabilidad está basada en que el acto criminal deriva, o es el producto, de una enfermedad mental y no sobre standards basados en lo cognitivo o volitivo. New Hampshire es el único estado norteamericano que lo aplica. Este test también ha sido muy criticado por la falta de definición de “enfermedad mental” y porque los juristas sienten de que los expertos (psiquiatras y psicólogos) alcanzan más influencia en los tribunales de justicia (Carol and Rolf 2006).

El “test de la capacidad sustancial” de la ALI (Instituto de Derecho Americano) reúne los principios de las “reglas M’Naghten” y los del “impulso irresistible”. Reúne dos premisas (Lockey and Bloom (2007)). La primera conecta a la enfermedad mental o defecto con la capacidad de los individuos para apreciar lo ilícito de su conducta o actuar conforme a los requerimientos del derecho. La segunda declara que “los términos enfermedad o defecto” no incluyen las anormalidades manifestadas solo por las repetición de conductas antisociales o criminales.

Esto significa que los individuos aquejados de trastornos de la personalidad antisocial no podrían acogerse a este test. En Oregon el test sufrió alguna modificación por la presión de los expertos ya que habían detectado que personas con trastornos de personalidad o trastornos por abuso de drogas habían conseguido la “insanity defense”. De este modo, en 1971 se excluyeron los trastornos de la personalidad.

Tras el atentado Hinckley contra el presidente Reagan se alzan nuevas críticas que acaban modificando la “capacidad sustancial” dando lugar al IDRA (Insanity Defense Reform Act) de 1984, donde es necesario acreditar una “severa” enfermedad o defecto mental.

Por último, para finalizar este recorrido, haremos referencia al denominado veredicto “culpable pero enfermo mental”. Se trataría de aquellas personas que cumplen los siguientes requisitos: (Carol and Rolf 2006):

- 1) El acusado es culpable del delito imputado.
- 2) El acusado no ha aportado suficientes pruebas para demostrar la “insanity defense”.
- 3) El acusado está mentalmente enfermo.

A través de este breve recorrido histórico de la evolución de la “insanity defense” las capacidades psíquicas básicas, para el derecho, son las cognitivas (reglas M’Naghten) y las volitivas (impulso irresistible).

Donohue et al. (2008) en un estudio sobre 1446 acusados durante un periodo de 4 años en Maryland analizan la “insanity defense” en base, a un daño en lo cognitivo, o en lo volitivo.

Encuentran que el grupo de los que tienen afectadas las capacidades volitivas están más frecuentemente acusados de homicidios y en delitos relacionados con drogas. Los del grupo con afectación cognitiva cometían más delitos menores. No había diferencias significativas en los diagnósticos psiquiátricos en ambos grupos.



### 3.7.- Las medidas de seguridad

Si las penas derivan del principio de culpabilidad, las medidas de seguridad derivan del principio de peligrosidad (Art. 6.1 del C.P.). Son instrumentos que tratan de prevenir futuros delitos (prevención especial). Abarcan dos tipos de fines: 1) algunas de ellas tienen un carácter preponderantemente inocuizador, de neutralización y control del delincuente y 2) otras son de corrección o rehabilitación social: educativas, terapéuticas, asistenciales. Son relevantes para nuestro interés las que tienen una finalidad terapéutica.

Las medidas de seguridad constituyen “un mecanismo jurídico-penal de respuesta al delito, complementario de la pena, aplicado conforme a la ley, por los órganos jurisdiccionales, en atención a la peligrosidad del sujeto, con finalidad correctora o asegurativa (Sanz Moran recogido por Tapia Ballesteros 2014).

Tienen su origen cuando Carl Stooss plasmó en el anteproyecto del Código Penal suizo en 1893 el sistema binarista de penas y medidas de seguridad, basadas en la peligrosidad manifiesta (Urruela. 2009).

Las medidas de seguridad están reguladas en el C.P. en el Título IV “De las medidas de seguridad” (Art. 95-108). Están regidas (Urruela 2009) por los principios de:

1.- Legalidad: “las medidas de seguridad solo podrán aplicarse cuando concurren los presupuestos establecidos previamente por la Ley” (art 1.2 del C.P.).

2.- Irretroactividad: “No será castigado ningún delito ni falta con pena que no se halle prevista por Ley anterior a su perpetración. Carecerán, igualmente, de efecto retroactivo las Leyes que establezcan medidas de seguridad (art 2.1 C.P.).

3.- Proporcionalidad.

3.1. Adecuación a fin.

3.2. Necesidad.

3.3. Proporcionalidad propiamente dicha.

Las medidas de seguridad, con arreglo al C.P. vigente, pueden ser privativas de libertad (como el internamiento en centro psiquiátrico y en centro de deshabitación) y no privativas de libertad (sometimiento a tratamiento médico externo).

#### Art 96

*1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.*

*2. Son medidas privativas de libertad:*

*1.ª El internamiento en centro psiquiátrico.*

*2.ª El internamiento en centro de deshabitación.*

*3.ª El internamiento en centro educativo especial.*

*3. Son medidas no privativas de libertad:*

*1.ª) La inhabilitación profesional.*

*2.ª) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.*

*3.ª) La libertad vigilada.*

*4.ª) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.*

*5.ª) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.*

*6.ª) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas*

De la lectura del articulado referido a las medidas de seguridad, se extrae:

- 1) La persona ha tenido que cometer un delito (medida postdelictual).
- 2) Existe una peligrosidad.
- 3) Se aplica a personas inimputables o semi-imputables.
- 4) A los inimputables solo cabe la aplicación de medidas de seguridad. A los semi-imputables se aplica pena y medida de seguridad (sistema vicarial). Primero se aplica la medida de seguridad y después la pena (a criterio del Juez o Tribunal puede no cumplirse la pena si ésta pudiera ser perjudicial para lo conseguido con la medida de seguridad). El tiempo empleado en la medida de seguridad se descuenta de la pena.
- 5) La medida de seguridad nunca puede exceder del tiempo que le corresponda a la pena en abstracto por el delito cometido.
- 6) Únicamente se podrá aplicar una medida de seguridad privativa de libertad (por ejemplo internamiento psiquiátrico) si la pena por el delito cometido conlleva pena privativa de libertad. Del establecimiento donde esté ingresado no podrá salir sin la autorización del Juez o Tribunal.
- 7) Si la pena fuera no privativa de libertad únicamente cabe la posibilidad de aplicar una medida no privativa de libertad (en nuestro caso, por ejemplo, un sometimiento a tratamiento ambulatorio).
- 8) El juez o Tribunal puede decretar el cese de cualquier medida de seguridad si ha desaparecido la peligrosidad. También puede sustituir una medida por otra que sea más adecuada.

Con la reforma del C.P. del año 2010, se introduce como novedad significativa la libertad vigilada, contemplada en el artículo 106 del C.P., en materia de medidas de seguridad. (Ley Orgánica 5/2010).

Art 106:

*1.- La libertad vigilada consistirá en el sometimiento del condenado al control judicial a través del cumplimiento por su parte de alguna o algunas de las siguientes medidas:*

*a).-*

*.....*

*k).- La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.*

A efectos de lo que nos interesa es relevante la letra k. Existían antecedentes de libertad vigilada en la Ley penal del menor (Ley Orgánica 5/2000) en su art. 7.1.h en la que la libertad vigilada tiene una finalidad centrada en la educación y resocialización del menor. No existían figuras como la aparecida en esta reforma del C.P.

Otro antecedente destacable, ya derogado por el C.P. del año 1995, es la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 4 de Agosto de 1970 donde existían, al mismo tiempo, tanto medidas de seguridad pre como postdelictuales. Era una reminiscencia de la escuela positivista italiana y de las tesis de Lombroso del criminal nato, ante los que la sociedad ha de defenderse.

Zugaldia Espinar (2009) se planteaba, mientras se tramitaba el anteproyecto de reforma del C.P. de 2010, si la aplicación de una medida de seguridad de libertad vigilada, complementaria y acumulativa a la pena de un autor culpable tras su excarcelación, según

el actual art 106.2, se podría imponer en base a nuestro ordenamiento jurídico. Tras un análisis crítico de la situación, admite que algunas medidas (la mayoría de las adoptadas en la actual medida de seguridad de libertad vigilada) pueden tomarse en consideración.

La medida de seguridad de la libertad vigilada se aplicaba únicamente en delitos contra la libertad y la indemnidad sexual y delitos de terrorismo. Sin embargo, con la Ley Orgánica 1/2015, el catálogo de delitos se ha ampliado extendiéndose, por ejemplo, al delito de lesiones derivadas de violencia de género (art 173.2) y al homicidio, aunque no se especifica en que situaciones. Esta indefinición es criticada por Suarez Mira Rodriguez, porque sería un disparate aplicarlo al homicidio imprudente.

Las características fundamentales de la libertad vigilada a la luz del art 106.2 y 3 del C.P. además de su aplicación como una medida de seguridad “clásica” para los inimputables o semi-imputables son las siguientes:

- Se pueden aplicar a sujetos plenamente responsables ya condenados y peligrosos.
- Se impone en la sentencia y se cumple después haber satisfecho la pena.
- El Juez o Tribunal tiene la facultad de modificar, reducir su duración o dejar sin efecto la medida en función del pronóstico positivo de reinserción.

La medida más interesante desde un punto de vista médico es la contemplada en la letra k del art. 106 (“*La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico*”). Han surgido críticos, como Jiménez Martínez (2012) que expresa: “*ya que se trata de personas imputables, las cuales tienen plena autonomía para rechazar o aceptar la intervención médica. Cualquier injerencia en su autodeterminación personal a la hora de ejercitar su derecho a rechazar un tratamiento médico no deseado, atentaría contra la regulación legal de la autonomía del paciente, recogida en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente*”.

De similar modo se expresó el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) si bien, en aquel momento se consideraba como pena accesoria, cuando informó en la fase de anteproyecto, que someter a un tratamiento médico a una persona capaz es un atentado contra la dignidad humana y vulnera un derecho fundamental.

El vigente C.P. también modifica el art 6.2 : “*las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor*”



# **METODOLOGIA**



## **1.- HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

### **1.1.-Objetivos generales**

El objetivo general de esta tesis es estudiar, sobre una muestra forense, las características clínicas de las personas acusadas de un delito de homicidio consumado, y su relación con la sentencia judicial.

### **1.2.-Objetivos específicos**

Describir de forma retrospectiva todos los delitos de homicidio en la provincia de Bizkaia, entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre del 2013.

Analizar la relación del homicidio con la enfermedad psicótica frente a otras patologías no psicóticas y la ausencia de diagnóstico.

Analizar el papel de los informes médico-forenses, en la aplicación práctica de la ley y las sentencias judiciales, respecto al delito de homicidio.

### **1.3.-Hipótesis**

Hipótesis nula:

H<sub>0</sub>.-No existe una relación significativa entre el homicidio y la patología psicótica frente a otras enfermedades mentales y la ausencia de diagnóstico.

### **Hipótesis alternativas**

H<sub>1</sub>.-Sí hay diferencias significativas en las características de los homicidios del paciente psicótico frente a los homicidios cometidos por personas con otras patologías mentales.

H<sub>2</sub>.-Sí hay diferencias significativas en las características de los homicidios del paciente psicótico respecto de los homicidios de las personas sin diagnóstico clínico.

## **2.-MÉTODOLOGÍA**

### **2.1.-Diseño del estudio**

Se trata de un estudio retrospectivo y correlacionar a partir de la revisión de todos los expedientes médico-legales y judiciales de los homicidios, y de las personas acusadas del delito, en la Audiencia provincial de Bizkaia, entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre del 2013.

### **2.2.-Marco físico del estudio**

Bizkaia es una de las provincias de la Comunidad Autónoma Vasca. Es una provincia pequeña, con una extensión territorial que permite la aglutinación de servicios, con sistemas de trabajo integrados de los que extraer la información de interés.

La Organización Judicial de la Comunidad Autónoma Vasca, tiene demarcaciones provinciales. En cada capital radica la sede de la Audiencia Provincial, dividida en partidos judiciales, que son unidades territoriales integradas por uno o varios municipios limítrofes.

El mapa judicial de Bizkaia se distribuye en 6 partidos: Bilbao, Barakaldo, Getxo, Gernika, Durango y Balmaseda. Existe un criterio general, regulado por el artículo 14 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, relativo a que es competente el partido judicial donde se cometió el delito,

Los delitos tipificados de homicidio y asesinato son instruidos por los Juzgados de Instrucción (art. 9.3 LOPJ, y art. 1 LECrim) salvo que se trate de menores de edad en cuyo caso son instruidos y juzgados por los Juzgados de Menores. Estos delitos se juzgan en las Audiencias Provinciales, mediante el Tribunal del Jurado (art.1.1 y 2 LJ en relación con el art.83.2 LOPJ), sea cual fuere la pena que les corresponda. Cuando un acto es tipificado como un homicidio imprudente corresponde su enjuiciamiento a los Juzgados de lo Penal.

### **El Instituto Vasco de Medicina Legal**

La Ley Orgánica 2/2015 del Poder Judicial de 21 de Julio (BOE nº 174 de 22 de Julio de 2015) configura los Institutos de Medicina Legal como órganos técnicos, auxiliares de la Administración de Justicia, mediante la práctica de pruebas periciales médicas tanatológicas, clínicas y de laboratorio. Los dictámenes médico-forenses tienen un carácter independiente, de acuerdo a las reglas de investigación científica.

El Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal, siendo creado el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML) por el Decreto 328/1998.

El I.V.M.L tiene una puesta en marcha efectiva en el 2001 y cuenta con tres Subdirecciones, una por cada provincia. Los Servicios de Clínica-Forense constan de tres Secciones: Medicina General, Traumatología y Psiquiatría, creados de forma paralela al proceso formativo de expertización de los médicos-forenses.

De acuerdo a la legislación española, el examen médico-forense de los pacientes se realiza tras acuerdo judicial, a solicitud de parte (abogado defensor, fiscalía) o por el propio tribunal. Son requeridos en la fase de instrucción del delito (art 456 y sucesivos de la LECrim), en la fase de enjuiciamiento o juicio oral (artículo 723 y sucesivos de la LECrim).

### **2.3.-Fuente de los datos**

En el estudio del homicidio, el foco del estudio se centra en los sospechosos del delito, pero se parte de una descriptiva general del delito a partir de los expedientes recogidos en el servicio de patología del IVML, Subdirección Bizkaia.



La información procede de tres fuentes de datos:

1.- Informes de autopsia de víctimas de homicidio, realizados en el servicio de patología del IVML entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre del 2013. A su vez incluye dos fuentes de datos:

-Protocolo y Diligencia de levantamiento de cadáver, con aplicación del Protocolo específico de Levantamiento de Cadáver en Muertes Homicidas (Resolución, de 30 de abril de 2009). En este acto está presente, además de dos médicos forenses, un juez de instrucción, un secretario judicial, y miembros de la Ertzantza.

Se transmite al médico información detallada de testigos, lugar de los hechos, motivación, posibles sospechosos, posibles personas detenidas, etc. Esta información procede, entre otras, de fuentes policiales y es necesaria para el diagnóstico de la muerte.

-Protocolo e informe de autopsia, que se realiza de conformidad con la Recomendación nº R(99) del Consejo de Europa, y se completa con estudios radiológicos, toxicológicos, de anatomía patológica, biológicos y criminalísticos.

Las conclusiones sobre la causa y la naturaleza de la muerte son de tipo médico-legal, como conclusión del estudio integral del fallecido. Incluye data, causa, naturaleza de la muerte, arma utilizada y datos sobre secuencias de hechos y posiciones relativas entre agresor y víctima.

Aunque el foco del estudio son los acusados de homicidio, el punto de partida para obtener la información son las víctimas, ya que a partir de ellas se hace la recuperación de la información pericial y legal. Por otra parte, en los expedientes de las víctimas está mucha de la información relevante que va a ser codificada en el estudio: móvil, data y lugar de la muerte.

2.- Revisión y análisis de los expediente médico-forense de los acusados de los homicidios del periodo del estudio y que además de la exploración forense puede incluir información policial, judicial y médica, relevante.

3.- Sentencia judicial, obtenidas desde las Audiencias Provinciales, Juzgados de lo Penal y Juzgados de Menores. Las sentencias son documentos muy útiles, porque además de la culpabilidad o no del acusado, hace una reconstrucción de los hechos y compendia todas las fuentes de información disponibles: policiales, médicas, periciales y testimoniales.

Para aunar conceptos y permitir comparaciones estadísticas entre los países, se han elegido las cifras del homicidio consumado intencional, como unidad de registro y de análisis, porque cuenta con una definición similar en la mayoría de los países.

Los estudios comparativos a nivel de Comunidad Autónoma Vasca, España, y comparaciones transnacionales, con países Europeos y de otros continentes, se hacen con las tasas de homicidio/100.000 habitantes. Las tasas nacionales se han calculado a partir de datos censales proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de cada año. Para elaborar la tasa de homicidios de Bizkaia, los datos del censo proceden del Eustat, Instituto Vasco de Estadística a partir del Banco de datos de series históricas: Población estimada de la Comunidad Autónoma de Euskadi a 1 de enero por territorios históricos (1976-2015).

Las tasas a nivel provincial, Bizkaia, se han elaborado a partir de los datos aportados por la Memoria del Instituto vasco de Medicina Legal, independiente de los casos incluidos en nuestro estudio, publicados en la web oficial ([www.justicia.net](http://www.justicia.net)). Los casos de terrorismo han sido eliminados porque posee unas características socio-políticas concretas y porque los procedimientos judiciales son tramitados por los Juzgados Centrales de Instrucción de la Audiencia Nacional.

Las cifras de fallecidos por homicidio a nivel nacional, se extraen también del Instituto Nacional de Estadística, utilizando las cifras de homicidios dolosos y asesinatos consumados, extraídas del Registro de causa de muerte, correspondiendo al epígrafe 099-agresiones (homicidios) en el capítulo de Salud.

Aunque las estadísticas del Ministerio del Interior o del Instituto Nacional de Estadística no lo especifican, se sobreentiende la no inclusión de los datos de terrorismo, tal y como apuntan algunos investigadores (Medina 2012). Sin embargo, es una información ambigua porque se aprecia el pico de muertes vinculadas a los atentados terroristas del 11M en el año 2004.

En caso de cifras de homicidios por provincias y por Comunidades se han utilizado datos del Anuario Estadístico 2014 del Ministerio del Interior. Los datos internacionales proceden de The European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics (2006–2008) (en Marshall and Summers 2012) y de UNDOC (2014).

#### **2.4.-Variables del estudio:**

Los médicos-forenses realizan evaluación diagnóstica no terapéutica de personas acusadas de delitos. Los exámenes forenses se basan en entrevistas clínicas semiestructuradas, de evaluación de funciones y áreas psicopatológicas básicas, que incluye antecedentes familiares, personales y médicos, personalidad, habilidades y capacidades cognitivas básicas, exploración psicopatológica y demás extremos médico-legales. Si se considera adecuado, se utilizan test estandarizados, de personalidad, inteligencia o capacidades específicas y, eventualmente, toma de muestras para estudio químico-toxicológico.

A partir de estos datos se elabora un informe pericial, que refleja el contenido explorado.

Los diagnósticos psiquiátricos se hacen en base a clasificaciones internacionales y dadas la muestra utilizada: DSM-III-R (APA 1987), DSM-IV (APA 1994) y DSM-IV-TR (APA 2002). A pesar del cambio nosológico, las categorías principales de las enfermedades mentales no se han modificado.

Lo que sí ha cambiado en este periodo de tiempo son las pruebas complementarias y el acceso a recursos como análisis químico-toxicológicos, estudios criminalísticos y biológicos que son fundamentales en la investigación y aplicación de la ley en estos delitos. La sistematización en pruebas complementarias como analítica de drogas de los acusados es de aplicación reciente y, especialmente, tras la creación del Laboratorio de Química del IVML.

Los resultados de las evaluaciones quedan registrados en archivos forenses en soporte de papel, aunque incluidos en registros informáticos, donde constan las sucesivas intervenciones forenses y los profesionales intervinientes. Los expedientes forenses son individuales para cada paciente, en ellos se acumula toda la información disponible, copia de informes forenses emitidos, antecedentes médicos disponibles y análisis toxicológicos, entre otros.

Las exploraciones de los acusados de homicidio se pueden hacer en dos momentos periciales:

A.- Cuando el sospechoso es detenido y pasa a disposición judicial. En este caso interviene el médico-forense de guardia.

B.- Cuando se solicita un reconocimiento psiquiátrico-forense, que habitualmente se realiza en Bilbao, donde están los servicios de expertos. Se trata de citas programadas, de mayor profundidad, en uno o más actos periciales.

Cuando el imputado está ingresado en Centro Penitenciario, es conducido custodiado hasta dependencias Judiciales.

En circunstancias especiales, la intervención se hace en los Hospitales psiquiátricos de la provincia o en la Unidad Penitenciaria del Hospital de Basurto, donde han sido trasladados.

Con la información disponible para este estudio se elabora un registro de cada caso o “incidente” y se le asigna un número. En cada expediente se busca alcanzar el máximo de información de las tres fuentes disponibles: de la víctima, del agresor y demás circunstancias del hecho. Se hace una lectura, extracción y codificación de la información en una base de datos con sus variables.

## **2.5. -Definición de caso y de registro**

Se trata de un estudio que tiene dos partes: una parte inicial descriptiva de los homicidios en el periodo de estudio y una segunda parte centrada en las características clínicas de los acusados de homicidio.

### **(A).-Descriptivo general.**

En el estudio descriptivo inicial la unidad de análisis es el “incidente” homicida, que es el episodio de violencia que han provocado al menos una víctima mortal. Cada incidente puede tener una o más víctimas e implicar a uno o más homicidas.

#### **- Criterios de inclusión:**

(A).-Se incluyen todos los casos de homicidio consumado, conceptualizadas como muertes violentas homicidas por atestado policial, por la apertura de expediente judicial de homicidio y por estudio forense concluyente con una naturaleza homicida en la muerte.

Las víctimas de homicidio son el punto de partida de este estudio porque, además de permitir un estudio general de este delito, permite seguir el rastro en los archivos judiciales y los procedimientos.

Las limitaciones informáticas del sistema judicial se suplen desde la certeza de las víctimas de homicidio y siguiendo su rastro judicial.

-Criterio de exclusión:

- (A).- Tentativas de homicidio y homicidio frustrado.
- (B).- Delitos de homicidio por conducción de vehículos a motor salvo que el vehículo haya sido utilizado como instrumento concreto para obtener un resultado de muerte.
- (C).- Muertes violentas asociadas a actos terroristas, antiterroristas u otras actuaciones policiales.
- (D).- Muertes que, inicialmente fueron registradas como homicidios pero en las conclusiones médico-forenses de muerte no se obtienen datos concluyentes o no se descartan otras etiologías, por ejemplo, accidentales.
- (E).- Neonaticidios y abortos no legales.
- (F).- Muertes por homicidio de personas que han sido trasladadas y fallecido en un hospital de Bizkaia, pero los hechos han ocurridos fuera de la provincia. El estudio e investigación de estos casos compete al Juzgado de Instrucción del lugar de los hechos.

**(B).- Análisis de los acusados del homicidio.**

Criterios de inclusión:

(A).- Personas identificadas en el expediente judicial como sospechosas de haber cometido un homicidio consumado y que se han sometido a una exploración forense. Se ha hecho una lectura y extracción de datos de todos los expedientes médico-forenses disponibles, del expediente judicial y de la sentencia.

Criterio de exclusión:

- (A).-Autores de homicidio que no han sido identificados.
- (B).-Acusados que no son reconocidas por expreso deseo judicial.
- (C).-Acusados que no solicitan o expresamente rechazan ser reconocidas

Se hace una lectura de los expedientes que reúnen los criterios de inclusión y se hace una extracción de datos, que son codificados con las variables seleccionadas (Anexo 1).

Las variables que se consideran más relevantes en el estudio y que contaban con varias categorías de respuesta, fueron recodificadas.

A nivel de las variables clínicas, cuando en una misma persona hay más de un diagnóstico se ha decidido establecer un diagnóstico principal, para facilitar el análisis y comparabilidad de los datos. Se determina el diagnóstico principal en base a la relevancia médico-legal y jurídica de los trastornos, a pesar de que en medicina legal se trabaja con la comorbilidad.

Así, se determina como diagnóstico principal la psicosis frente a otras patologías, siendo la distinción más dificultosa en las personas que presentan de forma simultánea el Trastorno por consumo de sustancias y Trastorno de personalidad. Se decide que cuando una persona muestra ambos diagnósticos queda asignada al grupo de Trastorno de

personalidad, porque la mera referencia de un consumo, es insuficiente para explicar o “justificar” el acto homicida.

En un análisis inicial se constata la desproporción entre la elevada frecuencia de ocasiones en que se alega un consumo de un tóxico y la baja frecuencia en que las valoraciones médico-legales entienden que ha modificado su responsabilidad.

Se elabora una variable de respuestas múltiples con las siguientes categorías: Tr por consumo de drogas/ Psicosis/”Normales” o sin diagnóstico/ Trastorno de personalidad.

Dentro de la variable *móvil del homicidio*, la violencia familiar se reserva para aquellos casos en los que consta un enfrentamiento o disputa con resultado de muerte, no así cuando una persona mata a un miembro de su familia pero llevado por síntomas psicóticos, en cuyo caso se optaría por el ítem de motivación psicótica.

Otra aclaración que me parece importante, es relativa a la categoría *psicosis* actual y curso clínico, aplicable a los pacientes psicóticos. Se trata de una categoría diagnóstica confusa porque es un modo clasificatorio no excluyente entre sí. Así, por ejemplo, una persona puede ser clasificada como un *brote agudo* pero dentro de un *curso crónico* de la enfermedad. La diferencia entre un tipo u otro, en este trabajo, se realiza en base al tipo de síntomas actuales predominantes. Se clasificaría como una forma *crónica* de psicosis si predominan síntomas de desorganización del pensamiento, conducta y afectos y donde parecen menos importantes los fenómenos psicopatológicos agudos.

### **3.-RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS**

#### **3.1.-Análisis estadístico**

Sobre estos datos extraídos se aplican métodos estadísticos con el programa SPSS, versión 18.

Inicialmente se utilizan las técnicas descriptivas básicas para datos cualitativos y cuantitativos. En el estudio descriptivo se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Estas descripciones se hicieron para la parte descriptiva inicial del estudio y la relativa a los enfermos mentales.

Para variables continuas se utilizó la media, desviación estándar (SD), máximos, mínimos y la comparación de medias se hacen por medio de pruebas no paramétricas: el test de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis al ser variables cuya distribución no sigue la normalidad.

Para las variables cualitativas el análisis de la asociación se hizo mediante el estadístico de Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95% y cuando el número de variables es inferior a 5 casos se utilizaba el test exacto de Fisher. En estas pruebas, los casos perdidos se extraían del análisis, siendo los porcentajes relativos a la muestra disponible en cada prueba.

Se intentó realizar asociaciones con regresiones logísticas para variables categóricas, con odds ratios (OR), con intervalo de confianza del 95% y su correspondiente p-valor.

Para estos estudios se hizo una recodificación de variables, transformando los ítems de las variables significativas en variables dicotómicas. El análisis multivariado se utilizó

para estudiar la capacidad predictiva de las variables, respecto de cada grupo de diagnóstico como de cada tipo de violencia (reagrupada en violencia intra/extrafamiliar).

En el análisis multivariado se utilizan dos posibilidades: por un lado se evalúa las posibilidades predictivas respecto a cada grupo de diagnóstico, y por otro lado, la posibilidad de predicción para cada tipo de violencia: violencia de género, violencia intrafamiliar, robo, riña, encargo, etc. Y posteriormente se hace un estudio multivariados en relación a dos grandes categorías de violencia: intrafamiliar/no familiar (agrupa todas las demás motivaciones)

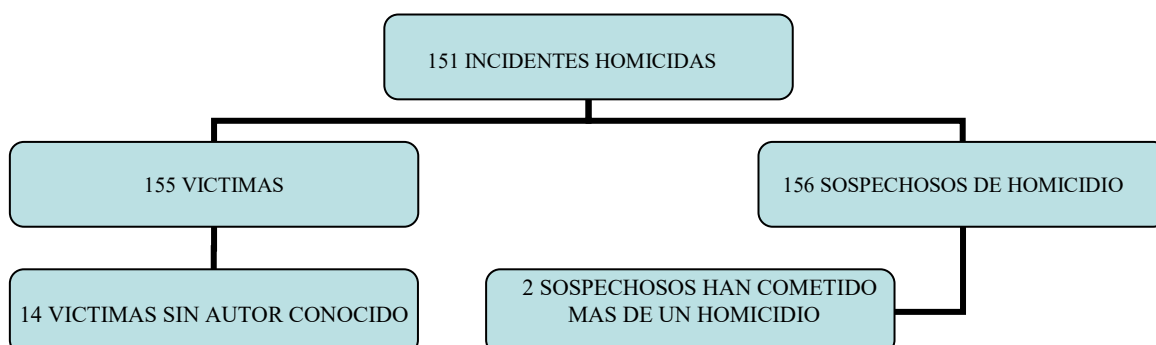
Sin embargo, no se lograron ningún resultado significativo, siendo una de las posibles causas el pequeño tamaño muestral y el efecto de confusión entre las diferentes variables.

# **RESULTADOS**





## A:- DESCRIPTIVO GENERAL DE LOS HOMICIDIOS Y VICTIMAS



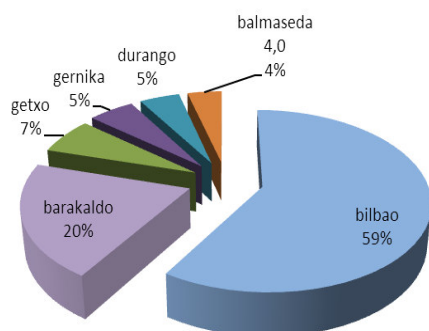
**Figura 4: Resumen de los elementos generales del estudio**

De la muestra inicial de 206 muertes conceptualizadas como muertes homicidas, al ingreso en el Instituto Anatómico Forense de Bilbao, se han seleccionado 151 incidentes o casos que reúnen los criterios de inclusión de la muestra, con un total de 155 víctimas. En cuatro casos ha habido dobles víctimas.

Se tienen datos de 156 sospechosos de homicidios, muestra con la que se ha trabajado en los análisis que les son de aplicación (relaciones de agresor-víctima, por ejemplo). 14 víctimas son de autor desconocido estando en situación de archivo provisional.

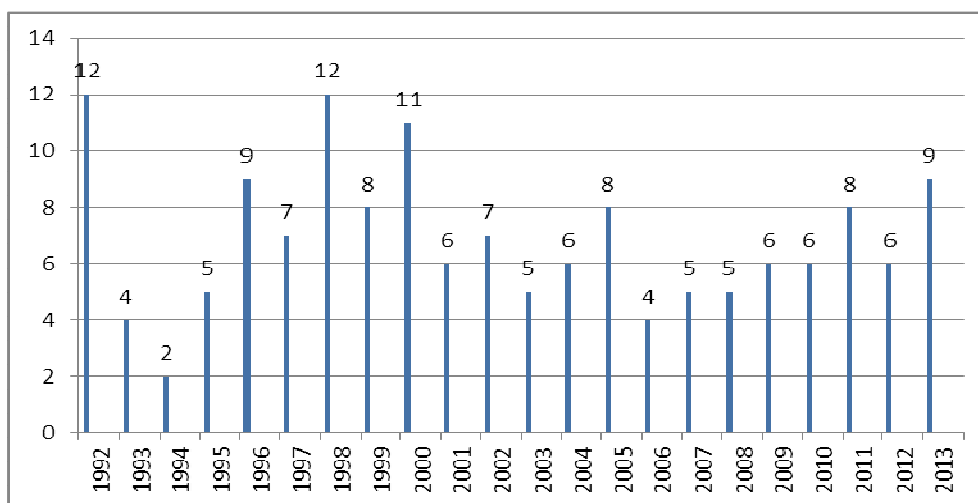
Hemos encontrado dos casos en que un mismo agresor es sospechoso de la muerte de dos personas, que ocurren en momentos temporales distintos y sin relación entre ellos, lo que determina que cada muerte es un incidente.

1.-Partidos judiciales: La distribución por partidos es de 89 casos en Bilbao, 31 en Barakaldo, 10 en Getxo, 8 en Gernika, 7 en Durango y 6 en Balmaseda.



**Figura 5: Partidos Judiciales**

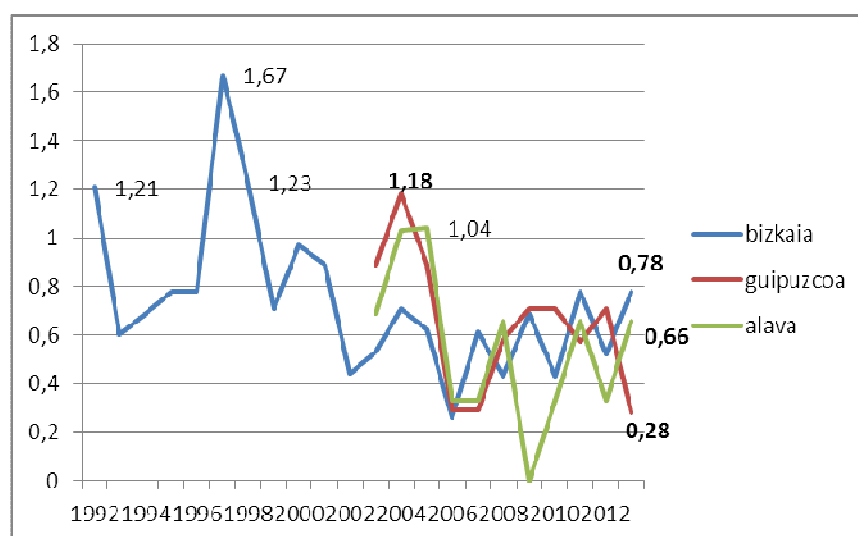
2.-Distribución por años: 12 ha sido el número máximo de homicidios consumados en la provincia de Bizkaia, ocurridos en 1992 y 1998 y el mínimo de 2 casos en 1.994.



**Figura 6: Distribución de los homicidios en Bizkaia por años (1992-2013), incluidos en el estudio.**

La serie de homicidios empieza el 1 de enero de 1992 pero está precedido de tres años con unas cifras de homicidio muy altas. Dentro del País Vasco, Bizkaia es la provincia más poblada, frente a Guipúzcoa y Araba, que son provincias con menos densidad de población.

Así, en el periodo 2002-2013 (datos extraídos de las Memorias anuales del IVML a partir del año 2003) ha habido un total de 19 homicidios en Araba, 54 en Gipuzkoa y 75 en Bizkaia, aunque solo 65 reúne criterios de inclusión en nuestro trabajo. Frente a las cifras absolutas, si la comparativa se hace con las tasas de homicidio/100.000 habitantes, la perspectiva cambia (Figura 7).



**Figura 7: Comparativa de las tasas de homicidio/100.000 habitantes, desglosados por provincias dentro de la CAV (1992-2013). A partir de datos de las Memorias del IVML**

Partiendo de datos del INE a nivel nacional, la tasa media nacional para el año 2012 fue de 0,64/100.000 habitantes y para el año 2013 de 0,67 homicidios/100.000 habitantes (Figura 8). Estas cifras varían de las mostradas por el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior (2014).

- Tasa Bizkaia: 0,72 (2012) y 0,78 (2013)
- Tasa media nacional: 0,64 (2012) y 0,67 (2013)

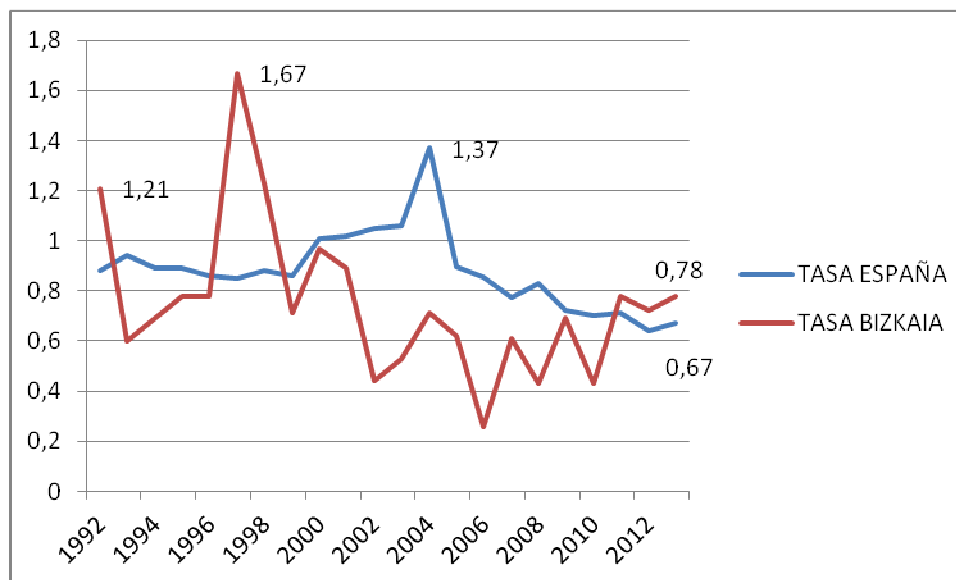


Figura 8: Comparativa tasa homicidios en Bizkaia- tasa nacional en 2013, a partir de datos del INE (tasa nacional) y del IVML (tasa de Bizkaia) e incluye violencia terrorista.

Los homicidios en España, se concentran en áreas muy pobladas, especialmente en las provincias de Madrid y Barcelona, y provincias de la costa mediterránea (Valencia, Málaga, Gerona, Alicante, Murcia y Almería). La población turística de la región mediterránea, Islas Baleares y Canarias es muy elevada, forman una población flotante pueden doblar o triplicar la población residente de estos lugares (Stangeland et al. 2004), Instituto Nacional de Estadística (2006-2008) y Medina (2012).

Si trabajamos con las tasas de muerte, destaca Ceuta y Melilla. Se trata de cifras de homicidios bajas, pero al tratarse de núcleos poblacionales pequeños, mínimas variaciones en el número de muertes modifican sustancialmente la tasa (Figura 9).

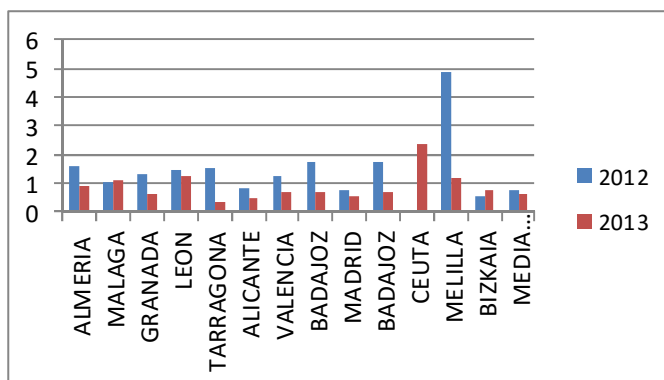


Figura 9: Comparativa tasas de homicidios y asesinatos consumados/100.000 habitantes, desglosados por provincias españolas, a partir de datos del Informe de Infracciones Penales del Mo del Interior (2014)

Provincias como Avila y Teruel han presentado 0 homicidios en estos dos años.

En escenarios más amplios, como Europa, España se sitúa en la región mediterránea (Figura 10), con una tasa de 0.9 homicidios/100.000 habitantes (en el periodo 2008-2009) inferior a la medida de la región: 1,36 homicidios/100.000 habitantes (en el 2008) y por detrás de Turquía (2,90), Portugal (1,20), Grecia (1,10), Italia (1,05) y Chipre (1,00) (UNDOC 2014, y datos del European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics extraídos de Liem (2012)).

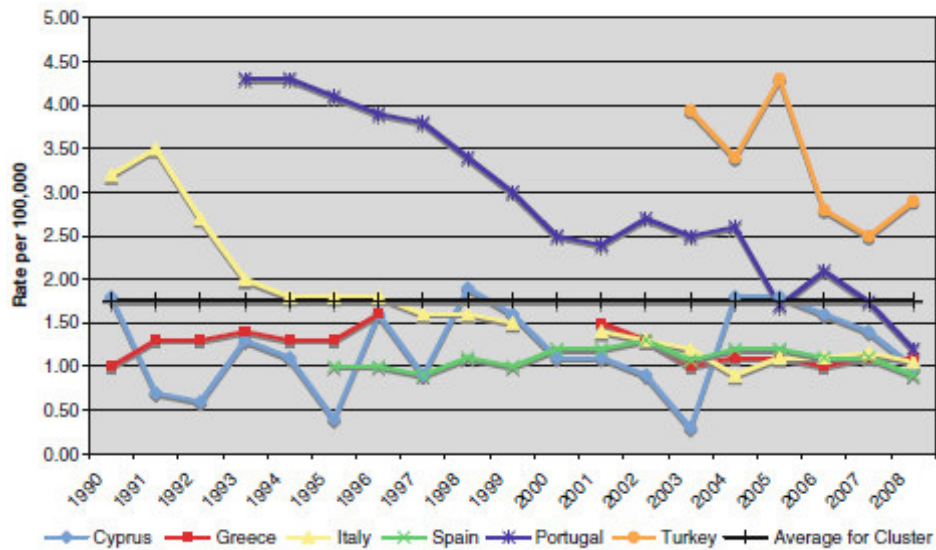
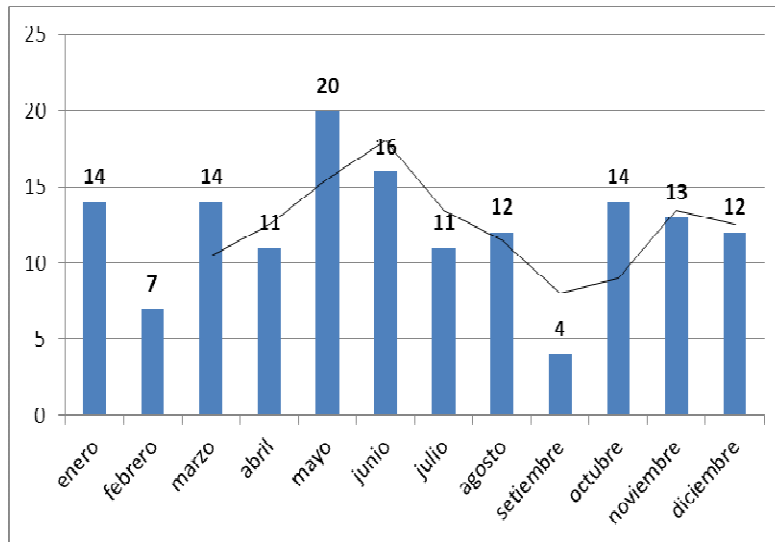


Figura 10: Comparativa de homicidios en España y países de la cuenca mediterránea. Extraída del The European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics (2006–2008) en (Liem 2012)

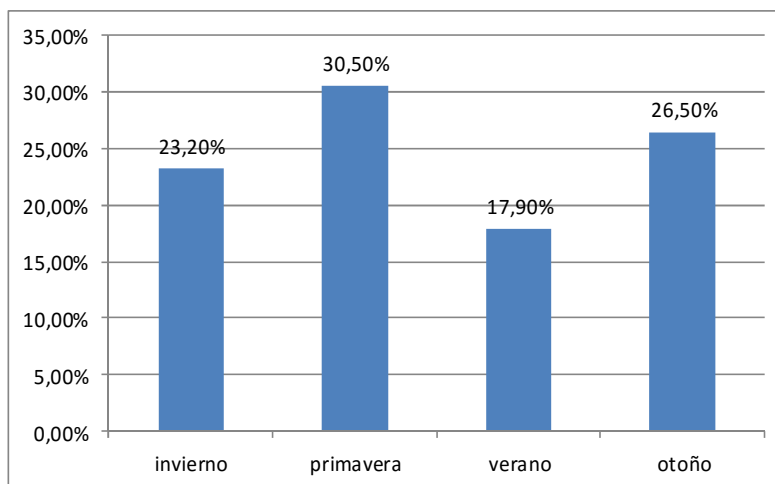
### 3.-Meses del año:

Tenemos datos temporales de 148 víctimas, destaca el mes de mayo como el mes en que ocurren más homicidios, mientras que setiembre y febrero son los meses con menos casos



**Figura 11: Distribución de homicidios en los meses del año**

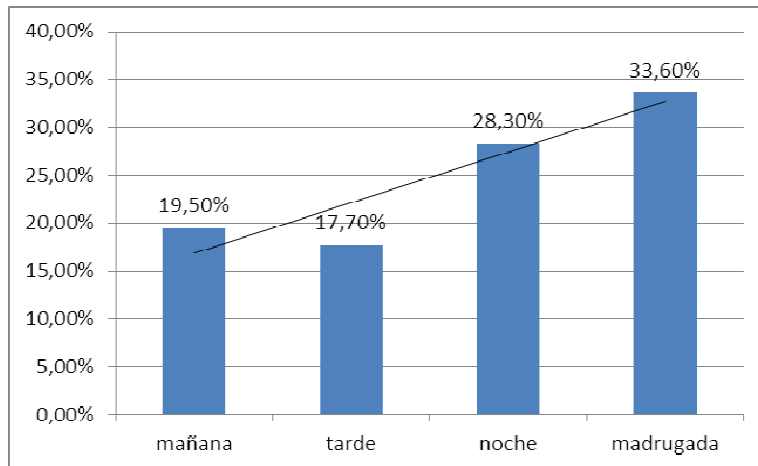
Agrupados los meses en trimestres: Se aprecia una preferencia de casos en primavera, con 46 casos, seguido del otoño con 40, invierno con 35 y verano con 27 casos.



**Figura 12: Distribución de homicidios por trimestres**

$X^2$  11,228 gl(3) con p-valor ,011

#### 4.-Hora del día

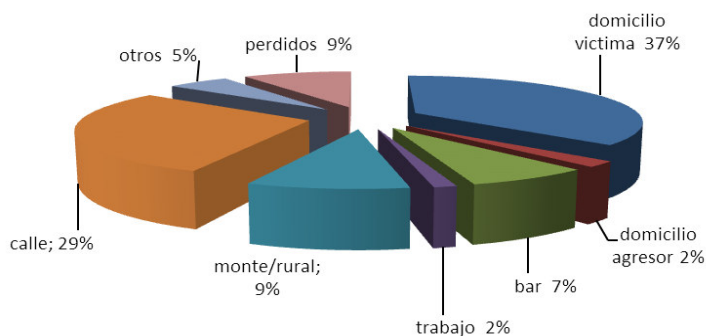


**Figura 13: Distribución de homicidios por horas del día**

$\chi^2$  45,603 (4) y p-valor ,000

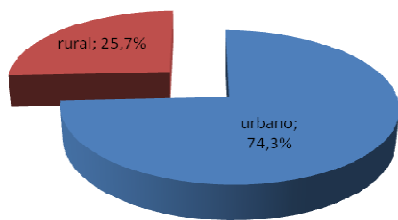
22 casos ocurren durante la mañana, 20 casos a la tarde, 32 a la noche y 38 en la madrugada, con una tendencia a aumentar los homicidios según transcurren las horas del día.

5.-Lugar de los hechos: Destacan dos lugares: el domicilio de la víctima donde ocurren 55 casos, frente a la calle donde pasan 44 casos, 14 casos en área rural/monte, 11 en el bar o similar, 2 en el lugar de trabajo, 8 en otros lugares y 14 casos se desconoce dónde han ocurrido. Los casos perdidos son porque en el expediente forense no se recoge esta información o porque la persona es trasladada con vida a un centro médico y posteriormente fallece perdiéndose la información



**Figura 14: Lugar de los hechos**

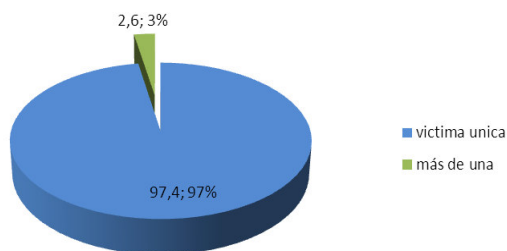
6.-Lugar de los hechos 2: Muestra una clara preferencia por el entorno urbano donde ocurren 104 casos, frente al entorno rural con 36 casos.



**Figura 15: Lugar de los hechos2**

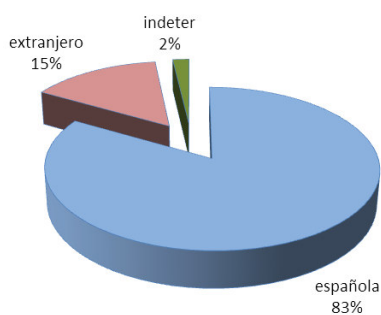
## 7.-VÍCTIMAS

7.1.-Número de víctimas: 147 casos son con víctima única (97%) y 4 (3%) con dos víctimas. En dos ocasiones, un mismo agresor ha sido acusado de dos homicidios, pero ocurridos en incidentes diferentes.



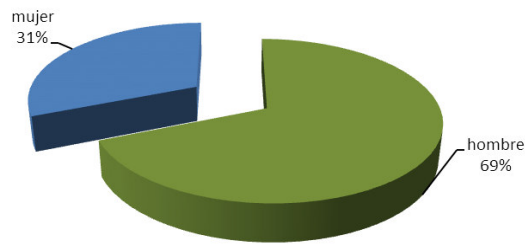
**Figura 16: Número de víctimas**

7.2.-Nacionalidad de las víctimas: 129 fallecidos son españoles y 23 extranjeros.



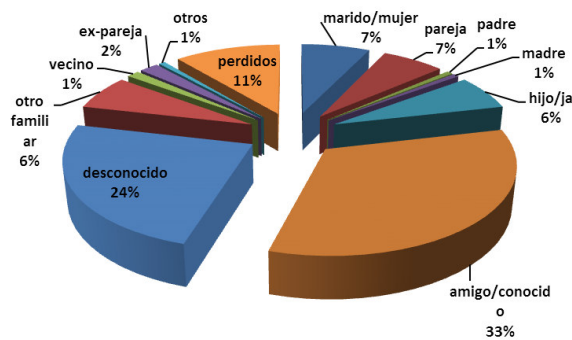
**Figura 17: Nacionalidad de las víctimas**

7.3.-Género de las víctimas: de un total de 155 víctimas, 108 víctimas son hombres, 46 mujeres. En un caso el género es desconocido a efecto de recuperación de este dato.



**Figura 18: Género de las víctimas**

7.4.-Relación entre agresor-víctima por género:



**Figura 19: Relación entre agresor y víctima**

11 acusados son maridos/mujeres de las víctimas, 10 parejas, 3 exparejas, 1 padre, 1 madre, 10 hijos, 51 amigos/conocidos, 37 desconocidos, 10 con categoría de otros familiares, 2 vecinos, 1 con categoría de *otros* y 17 casos de relación desconocida.

No se identifica una relación significativa entre el género de los agresores y víctimas con el estadístico  $X^2$  2.310 (1) con un p-valor ,172 (exacto de Fisher porque una casilla tiene una frecuencia inferior a 5) con un 95% de significación.

**Tabla 3: Relación agresor-víctima**

Sexo agresores	sexo victima	
	hombre	mujer
hombre	83	44
mujer	9	1

Sin embargo, cuando se analiza la asociación entre variable *género de la víctima* con la *relación entre agresor y víctima* se obtiene una asociación significativa con  $X^2$  de 43,914 (10) con p-valor de ,000. Esta asociación también se confirma cuando se realiza



un análisis variable *género* y variable *relaciónR recodificada* con tres categorías: familiares, amigos/conocidos y desconocidos, se obtiene la siguiente tabla de frecuencias:

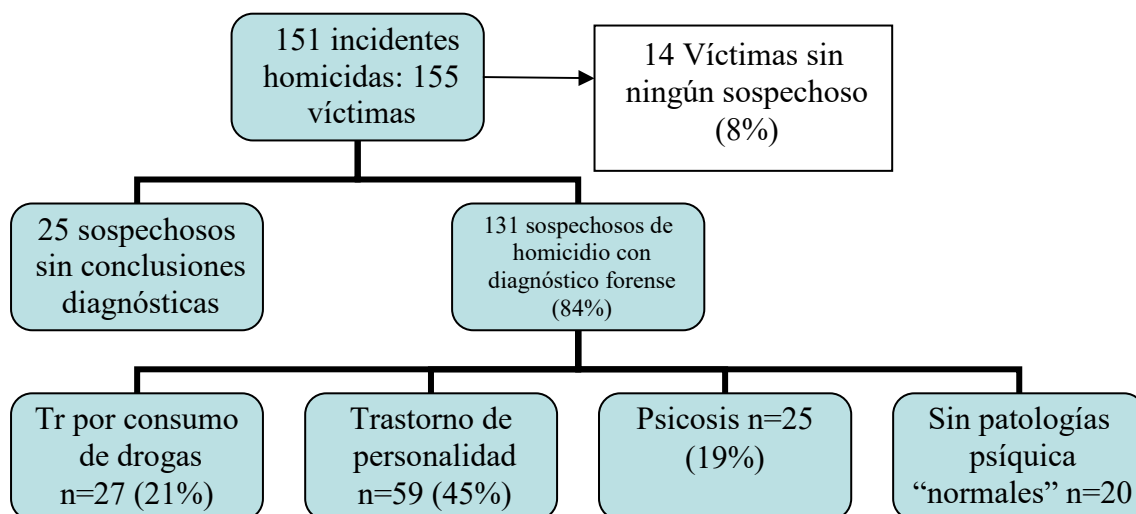
**Tabla 4: Relación agresor-victima según género y tipo de relación**

<b>RelaciónR</b>	<b>Victimas hombres</b>	<b>Victimas mujeres</b>
<b>Familiares</b>	18	26
<b>Amigos/conocidos</b>	48	9
<b>Desconocidos</b>	26	10

Esta asociación es estadísticamente significativa con  $X^2$  30,288 (3) y p-valor ,000 al 95%



## B.-MUESTRA CLINICA DE LOS AGRESORES



**Figura 20: Resumen de la muestra de agresores**

Hay 156 personas identificadas como sospechosas de homicidio. En 25 casos hay al menos un acusado identificado, sin datos ni conclusiones médico-legales sobre su estado clínico respecto a los hechos. En estos sospechosos se han tenido en cuenta los datos parciales, socio-demográficos y criminalísticos o legales, que pueden estar en el expediente judicial. Dentro de este grupo están incluidos los seis homicidas que son encontrados muertos (homicidio-suicidio) en el mismo lugar o tiempo.

Nos quedan 131 pacientes en los que se han realizado exploraciones médico-forenses con diferentes resultados diagnósticos, lo que representa el 84% de los acusados identificados.

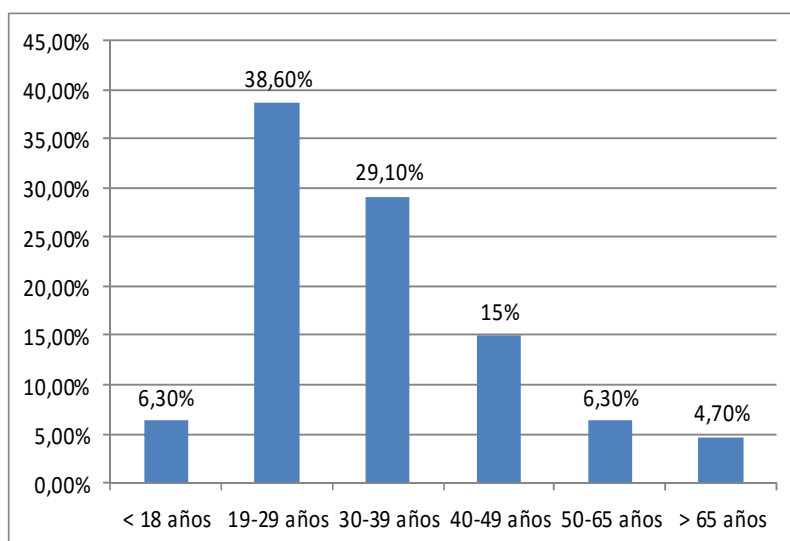
Se ha hecho una lectura y extracción de datos relativas a las variables del estudio, aunque al ser un estudio retrospectivo, hay datos incompletos o fragmentados.

1.-Número de agresores: 22 incidentes tienen más de un agresor, 115 casos son con agresor único y 14 casos perdidos.

2.-Edad: Se ha dispuesto de la edad de 127 acusados, con una media de  $33,6 \pm 13,7$  años, con un mínimo de 16 y un máximo de 80 años.

En la muestra de hombres la edad media es de  $33,5 \pm 13,5$ , que varía entre un mínimo de 16 años y un máximo de 80 años. La muestra de mujeres tiene una media de edad de  $40 \text{ años} \pm 16 \text{ años}$ , un mínimo de 20 años y un máximo de 75.

### 3.-Edad agrupada



**Figura 21: Edad de los agresores reagrupada**

$\chi^2$  de 75,047 (5) con p-valor ,000.

4.-Genero de los agresores: de 156 personas acusadas de homicidio, 146 son varones y 10 son mujeres.

5.-Nacionalidad de los agresores; Se ha conocido la nacionalidad de 151 sospechosos, 121 españoles (79%) y 30 extranjeros (19%). Hay un 2% de casos perdidos.

## **B.1.-ANALISIS DE DATOS POR GRUPOS CLINICOS**

En un análisis inicial, N=27 mostraba síntomas de un Trastorno por consumo de sustancias, N= 25 personas con signos/síntomas de un Trastorno psicóticos, N= 59 de un Trastorno de personalidad, y en N=20 se concluye que no hay de patología, lo que no implica que estén sanos. Se trata, más bien, de una categoría por exclusión, por constatar la ausencia de antecedentes médicos y signos/síntomas actuales que permitan realizar un diagnóstico clínico.

### **B.1.1.-Variables sociodemográficas**

#### **B.1.1.1.- Nivel de estudios**

En las personas con un Trastorno por consumo de sustancias hay 4 (22%) sin estudios, 10 (56%) con estudios básicos, 4 (22%) con estudios de grado medio. Entre los psicóticos: 1 (4) carece de estudios, 19 (83) tienen estudios básicos, 1 (4%) tiene estudios de grado medio y 2 (9%) licenciado. En los pacientes sin diagnóstico o “normales” 1 (7%) carece de estudios, 13 (87) tiene estudios básicos y 1 tiene estudios de grado medio. En el

Trastorno de personalidad hay 1 (2%) sin estudios, 41 (79%) con estudios básicos, 9 (17%) con estudios de grado medio y 1 (2%) licenciado.

B.1.1.2.-Estado civil En las personas con un Trastorno por consumo de sustancias hay 8 solteros y 8 casados. En los psicóticos: 16 (67%) solteros y 8 (33%) casados. En los pacientes “normales” hay 9 solteros (56%), 4 casados (25%) y 3 divorciados. En el Trastorno de personalidad hay 28 (57%) solteros, 20 casados (41%) y 1 divorciado.

**Tabla 5: Variables socio demográficas (\*)**

	<b>Tr consumo drogas N= 27 (%)</b>	<b>Psicosis N=25 (%)</b>	<b>Sin diagnósticos “normales” N=20 (%)</b>	<b>Trastorno de personalidad N= 59 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt;,05</b>
<b>Estudios Total= 109</b>	Básicos 10 (56%)	Básicos 19 (83%)	Básicos 13 (87%)	Básicos 41 (79%)	,042
<b>Nacionalidad agresor Total=151</b>	Española 20 (74%)	Española 24 (96%)	Española 13 (65%)	Española 52 (90%)	,010
<b>Nacionalidad de la víctima Total =152</b>	Española 24 (89%)	Española 25 (100%)	Española 16 (80%)	Española 49 (86%)	--
<b>Estado civil Total =112</b>	Soltero=casados 8 (50%)	Soltero 16 (67%)	Soltero 9 (56%)	Soltero 28 (57%)	,038
<b>Violencia previa Total =55</b>	Si en 5 (38,5%)	SI 10 (59%)	Si en 4 (44%)	Si 30 (73%)	--
<b>Antecedentes legales Total =125</b>	SI 13 (59) %	Si en 7 (28%)	Si en 6 (33%)	Si en 28 (53%)	--
<b>Con quien vive Total =106</b>	Con padres 7 (37%)	Con padres 13 (52%)	Con padres en 4 (31%) Solo 5 (38,5)	Con padres 25 (50%)	--
<b>Antecedentes de victimización Total =70</b>	NO 12 (80%)	NO 21 (95,5%)	NO 8 (89%)	NO en 32 (74%) SI en 11 (26%)	---
<b>Trabajo Total =93</b>	Paro=inc/jub 6 (32%)	Incapacidad/jubil 17 (81%)	Paro 3 (21%) Obrero 7 (50%)	Paro=cuenta ajena 13 (26,5%)	,001
<b>Media de edad Total =127</b>	33,4 ±10,5	42±19	30,3±11,7	30,4±11,7	,045

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos.

B.1.1.3.-Violencia previa: Se trata de una variable poco identificada, con 55 casos positivos que representa el 30% de la muestra, el 70% restante son casos perdidos. Sin embargo, de los 55 casos estudiados 49 son positivos (han sido violentos) lo que en si mismo es relevante.

B.1.1.4.-El apoyo social (con quien vive):

En las personas con un Trastorno por consumo de sustancias 5 (27%) viven solos, 7 (37%) con los padres y 6 viven con su pareja. En los psicóticos: 3 (12%) viven solos, 13 (52%) con los padres, 7 (28%) con su pareja y 1 está institucionalizado. En los pacientes “normales” 5 (38,5%) viven solos, 4 (31) vive con sus padres y 4 con su pareja. En los pacientes con un Trastorno de personalidad: 10 (20%) viven solos, 25 (50%) vive con sus padres, 13 (26%) con su pareja y 1 está institucionalizado.

B.1.1.5.-Trabajo:

En las personas con un Trastorno por consumo de sustancias 6 (32%) están en el paro, 6 en situación de incapacidad/jubilación, 4 (21%) son obreros y 3 (16%) trabajan por cuenta ajena. En los psicóticos hay 1 en el paro, 17 (81%) en situación de incapacidad/jubilación, 2 (9,5%) son obreros y 1 trabaja por cuenta ajena. Entre los pacientes “normales” o sin diagnóstico el 50% tiene categoría de obrero, 3 (21%) están en el paro y otros 3 en estado de incapacidad/jubilación. En la categoría de los trastornos de personalidad hay una elevada fragmentación de datos: 13 (26,5%) están en el paro, 13 trabajan por cuenta ajena, 12 (24,5%) están incapacitados/jubilados y 11 (22%) trabajan como obreros o similares.

**B.1.2.-Variables criminalísticas, relativas al homicidio**

B.1.2.1.-Móvil en la totalidad de la muestra de homicidios:

-En 14 casos el móvil es pasional/sexual, que oscila entre 0-2 casos (2 casos en 1992,1998, 1999 y 2000).

-Violencia de género en 15 casos, que han oscilado entre 0 y un máximo de 3 (en 2005).

-Violencia intrafamiliar 14 casos- que oscilan entre 0 -3 casos que han ocurrido en 2013.

-Riña 30 casos, con un mínimo de 0 y un máximo de 4 (en 1992, y 1997).

-Robo/atracó 10 casos, con un mínimo de 0 y un máximo de 2 en 2001.

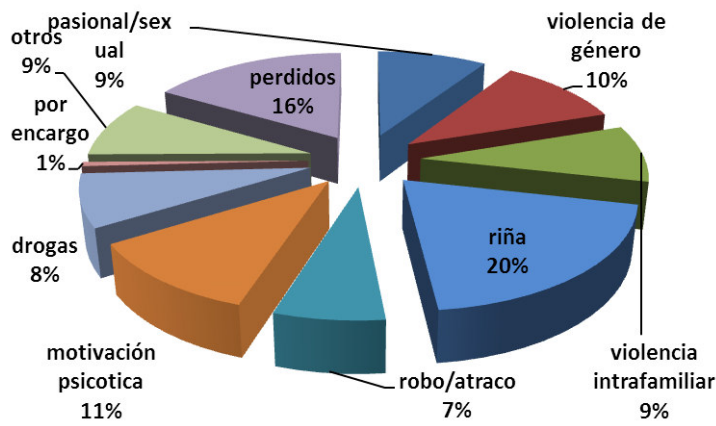
-Motivación psicótica 19 casos entre 0 y 4 en 1998.

-Drogas 12 casos, que oscilan entre 0 y 2 casos en el año 1998.

-Por encargo 2 casos, uno en 1996 y el otro en 1997.

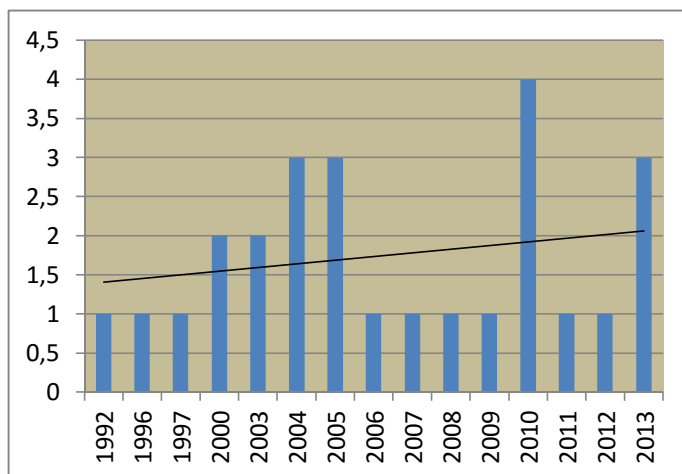
-Otros motivos 13, que han oscilado entre 0-2 casos y

-Perdidos o de causa desconocida 25 casos.



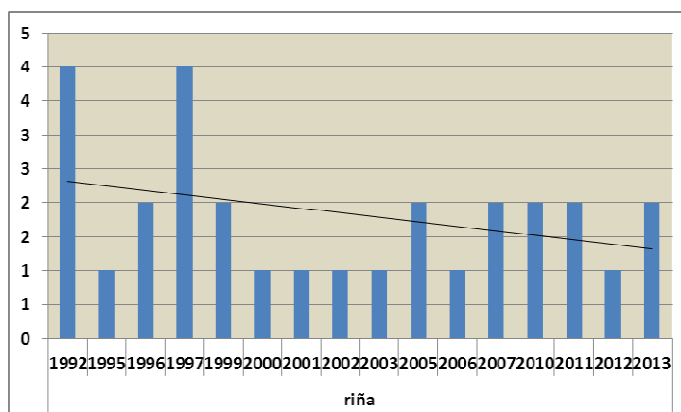
**Figura 22: Móvil de los homicidios (muestra global)**

Si analizamos la frecuencia de cada subtipo de homicidios a lo largo del tiempo: los homicidios por violencia familiar (Figura 23) parecen mostrar una tendencia creciente.

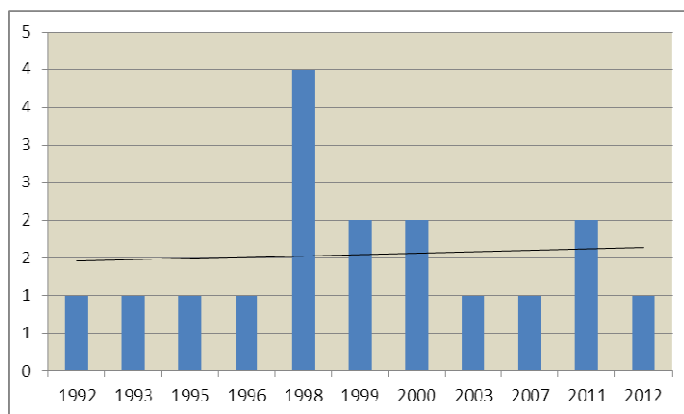


**Figura 23: Distribución del homicidio por violencia familiar (incluida la violencia de género) en el tiempo**

Por el contrario, la riña (Figura 24) parece mostrar una tendencia decreciente y la motivación psicótica (Figura 25) se mantiene bastante estable, entre otras.



**Figura 24: Distribución del homicidio por riña en el tiempo**



**Figura 25: Distribución del homicidio por motivación psicótica en el tiempo**

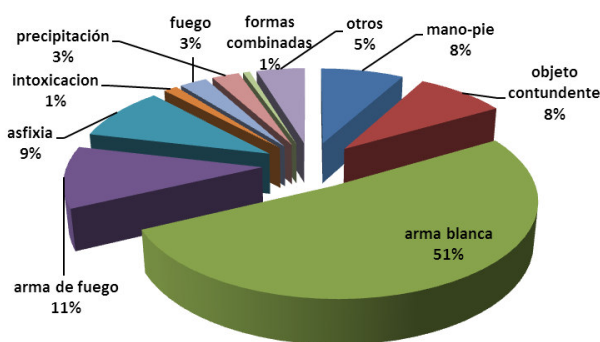
**B.1.2.2.-Móvil del homicidio en las diferentes categorías diagnósticas de homicidas explorados:** En los pacientes con un Trastorno por consumo: Destaca la riña con N=10 (48%) seguido del homicidio por drogas N=4 (19%), robo/atracó 3 (14%), la violencia familiar con N=3 (14%), 1 caso debido a violencia de género y 1 caso por motivos *otros*.

Entre los psicóticos: el móvil psicótico muestra 19 casos (72%), 5 (20%) asociado a la violencia familiar, de los cuales 3 casos son por violencia de género y 1 caso por motivo *otros*.

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” 5 casos (25%) el móvil es pasional/sexual, 4 (20%) por riña, 3 (15%) por violencia familiar, 2 vinculados a la violencia de género, 3 (15%) por motivo de drogas y 3 (15%) por motivo *otros*.

En los pacientes con un Trastorno de personalidad, 16 (28%) está motivado por la violencia familiar, de los cuales 8 casos son por violencia de género, 9 (16%) pasional/sexual, 11 (19%) por riña, 8 (14%) por robo/atracó, 7 (12%) por motivo *otros*, 5 (9%) por causa vinculada a las drogas y 1 homicidio por encargo.

**B.1.2.3.-Arma en la totalidad de la muestra de homicidios:** el uso de mano/pie ocurre en 12 casos, objeto contundente en 13 casos, arma blanca 77 casos, arma de fuego 16 casos, asfixia 14 casos, intoxicación 2 casos, fuego 4 casos, precipitación 4 casos, formas combinadas 1 caso, otros 7 casos y un caso perdido o no computado.



**Figura 26: Armas utilizadas (muestra global)**



#### B.1.2.4 Arma utilizada en cada categoría de diagnóstico

En los que presentan un Trastorno por consumo de drogas N=4 (15%) son con mano-pie, 4 (15%) con objeto contuso, 14 (52%) arma blanca, 1 (4%) arma de fuego, 1 (4%) por asfixia, 1 (4%) por uso de fuego, 1 (4%) precipitación y 1 (4%) por intoxicación.

Entre los psicóticos N=3 (12%) son con mano-pie, 2 (8%) con objeto contusivo, 13 (52%) arma blanca, 2 (8%) arma de fuego, 2 (8%) por uso de fuego, 2 (8%) precipitación y 1 (4%) por otros motivos.

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” N=1 (5%) es con uso de mano/pie, 1 (5%) con objeto contuso, 9 (48%) con arma blanca, 2 (10%) con arma de fuego, 2 (10%) por asfixia, 2 (10%) con uso del fuego y 1 (5%) por otros motivos.

En los pacientes con un Trastorno de personalidad, Nn=1 (2%) es con uso de mano/pie, 3 (5%) con objeto contuso, 35 (60%) con arma blanca, 6 (10%) con arma de fuego, 8 (14%) por asfixia, 1 (2%) con uso del fuego y 4 (7%) por otros motivos.

#### B.1.2.5-Hora del día:

En los que presentan un Trastorno por consumo de drogas el homicidio es a la mañana en N= 2 (9,5%), a la tarde en N=4 (19%), a la noche en N= 3 (14%) y a la madrugada en N= 12 (57%).

Entre los psicóticos el homicidio ocurre a la mañana en N= 8 (38%), a la tarde en n=4 (19%), a la noche en N= 4 (19%) y a la madrugada en N= 5 (24%).

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” el homicidio es a la mañana en N= 3 (16%), a la tarde en N=3 (16%), a la noche en N= 8 (42%) y a la madrugada en N= 5 (26%).

En los pacientes con un Trastorno de personalidad el homicidio es a la mañana en N= 5 (10%), a la tarde en N=9 (18%), a la noche en N= 21 (41%) y a la madrugada en N= 15 (29%).

#### B.1.2.6.- Lugar de los hechos en cada categoría de diagnóstico:

En los que presentan un Trastorno por consumo de drogas 10 (43,5%) casos ocurren en la calle, 6 (26%) en el domicilio de la víctima, 4 (17%) en el bar, 1 (4%) en el domicilio del agresor, 1 en el monte y 1 en lugar *otro*.

En los pacientes psicóticos 15 (62,5%) en el domicilio de la víctima, 3 (12,5%) en la calle, 2 (8%) en el bar, 2 (8%) en el domicilio del agresor, 1 en el monte y 1 en lugar *otro*.

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” 7 (35%) ocurren en el domicilio de la víctima, 7 (35) % en la calle, 2 (10%) en el bar, 2 (10%) en el monte y 2 en *otro* lugar.

En los pacientes con un Trastorno de personalidad 22 (38%) ocurren en el domicilio de la víctima, 1 (2%) en el domicilio del agresor, 20 (34,5%) en la calle, 3 (5%) en el lugar de trabajo, 4 (7%) en el bar, 7 (12%) en el monte y 1 en *otro* lugar.

**B.1.2.7.- Actuación posterior al homicidio en cada categoría de diagnóstico:**

En los que presentan un Trastorno por consumo de drogas 13 (68%) se dan a la fuga, 5 (26%) se entregan y 1 consta que se trata de un suicidio consumado.

En los pacientes psicóticos, 6 (32%) se dan a la fuga, 11 (58%) se entregan y 2 (10,5%) hacen un intento de suicidio.

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” 10 (62,5%) se dan a la fuga, 4 (25%) se entregan y 2 (12,5) % hacen un intento de suicidio.

**B.1.2.8.- Relación agresor-víctima en cada categoría de diagnóstico:**

En los que presentan un Trastorno por consumo de drogas 4 (18) son familiares, 7 (32%) amigos/conocidos y 11 (50%) desconocidos.

En los pacientes psicóticos 16 (64%) son familiares, 7 (28%) amigos/conocidos y 2 (8%) desconocidos.

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” 4 (20%) son familiares, 11 (55%) amigos/conocidos y 5 (26%) desconocidos.

En los pacientes con un Trastorno de personalidad, 17 (29%) son familiares, 23 (40%) amigos/conocidos y 15 (26%) desconocidos.

En los pacientes con un Trastorno de personalidad 41 (84%) se dan a la fuga, 7 (14%) se entregan y 1 (2%) hace un intento de suicidio

**Tabla 6: Variables criminalísticas y relativas al homicidio (\*)**

	<b>Tr consumo drogas N=27 (%)</b>	<b>Psicosis N=25 (%)</b>	<b>Sin diagnósticos “normales” N=20 (%)</b>	<b>Trastorno de personalidad N=59 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
<b>Móvil Total=123</b>	Riña 10 (48%)	Motivación psicótica 19 (76%)	Pasional/sexual 5 (25%)	Violencia familiar 16 (29%)	,000
<b>Arma Total= 151</b>	Arma blanca 14 (52%)	Arma blanca 13 (52%)	Arma blanca 9 (45%)	Arma blanca 35 (60%)	--
<b>Hora del día Total=112</b>	Madrugada 12 (57%)	Mañana 8 (38%)	Noche 8(42%)	Noche 21 (42%)	--
<b>Lugar Total=134</b>	Calle 10 (43,5%)	Domicilio víctima 15 (62,5%)	Domicilio víctima=calle 7(35%)	Domicilio víctima 22 (38%)	--
<b>Nº de agresores Total= 137</b>	único 18 (69%)	24 (96%)	16 (80%)	43 (74%)	--
<b>Nº de Víctima Total=151</b>	única 100	23 (92%)	100	55 (93%)	--
<b>Actuación posterior al homicidio Total= 117</b>	Fuga 13 (68%)	Se entrega 11 (58%) Fuga 6 (32%)	Fuga 10 (62,5) %	Fuga 41 (84%)	,003
<b>Relación con víctima Total=142</b>	Desconocidos 11 (50%) Amigos 7 (32%)	Familiares 16 (64%) Amigos 7 (28%)	Amigos 11 (55%)	Amigos 23 (40%)	,003

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

### **B.1.3.-Variables clínicas**

#### **B.1.3.1.- PSICOSIS**

Se trata de una muestra de 25 personas, que representa el 19% de las personas evaluadas y con diagnóstico clínico y el 16% del total de la muestra.



**Figura 27: Edad reagrupada en muestra de psicóticos**

**B.1.3.1.1.-Tratamiento:** no hay tratamiento en 10 personas (40%), tiene tratamiento pautado 15 personas, aunque 12 de ellas (48%) lo han abandonado y en las tres restantes en tratamiento es irregular. Se trata de abandonos superiores a 2 meses.

El abandono del tratamiento es una variable significativa.

#### **B.1.3.1.2.-Psicosis actual:**

**A.-Diagnóstico:** esquizofrenia simple en n=1 (4%), esquizofrenia paranoide en N=15 (60%), esquizoafectivo n=1 (4%), tr delirante n=4 (16%) psicosis tóxica en N=2 (8%), atípico N=1 y psicosis no especificada en N=1.

**B.-Curso clínico:** Se trata de un 1º episodio psicótico en n=3 (12%) brote agudo en N=11 (44%), y cronificado en N=11 (44%).

**C.- Primer episodio:** son 3 personas, dos de ellas menores de 18 años. Las víctimas son todas familiares, 2 de ellas del género femenino, propio de la violencia que afecta a las familias. En los 3 casos el móvil es psicótico.

**D.- Brote agudo:** representa casi la mitad de la muestra de psicóticos, con una media de edad de 36 años± 12 años. Se trata de 9 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide, 1 paciente de psicosis asociado al consumo de tóxicos y 1 paciente con psicosis esquizoafectiva.

El 45,5% de los homicidios afectan a familiares (N=5), el 27% a amigos/conocidos (N=3) y el 18% a desconocidos (N=2) en un caso no se ha podido establecer el tipo de relación. El 27% de las víctimas son mujeres.

En 10 casos la motivación es psicótica y en 1 caso entra en la categoría de *otros*.

En esta muestra de pacientes, 8 cuentan con tratamiento pero 7 lo han abandonado y el otro muestra un seguimiento irregular.

#### E.- Psicosis crónica

El grupo de enfermos crónicos, incluye formas psicóticas cronificadas y el trastorno delirante de curso crónico, con una media de edad de 53 años± 20 años.

Las víctimas son en un 73% familiares (N= 8) y en 1 caso un amigo. En dos homicidios no ha podido establecerse el tipo de relación entre el agresor y la víctima (18%).

La motivación psicótica queda registrada en 6 casos (54,5%), 4 por violencia familiar, siendo 2 de ellos por violencia de género y 1 de causa pasional/sexual.

El diagnóstico actual es el Trastorno delirante en N=4 (46%), esquizofrenia paranoide cronificada en N=4, 1 esquizofrenia simple cronificada, 1 cuadro atípico crónico y una psicosis no especificada de curso crónico.

Cinco personas tenían un tratamiento pautado, pero cuatro de ellas lo han abandonado.

La media de edad de los tres subgrupos ha mostrado diferencias estadísticamente significativas con la pruebas de Kruskal-Wallis para pruebas no paramétricas ( $X^2= 6,234$  (2) p-valor ,044).

#### B.1.3.1.3.-Psicosis y Comorbilidad:

A. -Con trastorno de personalidad: en un total de 7 casos, 3 de ellos son Trastorno de personalidad, 4 casos de Trastorno de personalidad+ Tr por consumo de sustancias. Los subtipos de personalidad son: esquizotípico N=1, paranoide N=2, antisocial N=1, límite n=1, dependiente n=1 y no especificado N=1.

B.- Con consumo de alcohol/drogas: alcohol en N=4 (16%), cánnabis en N=1 (4%), cocaína N=1 (4%), drogas de síntesis, N=1 (4%), estimulantes + alcohol N=1 (4%), 3 o más sustancias en N=3 (12%).

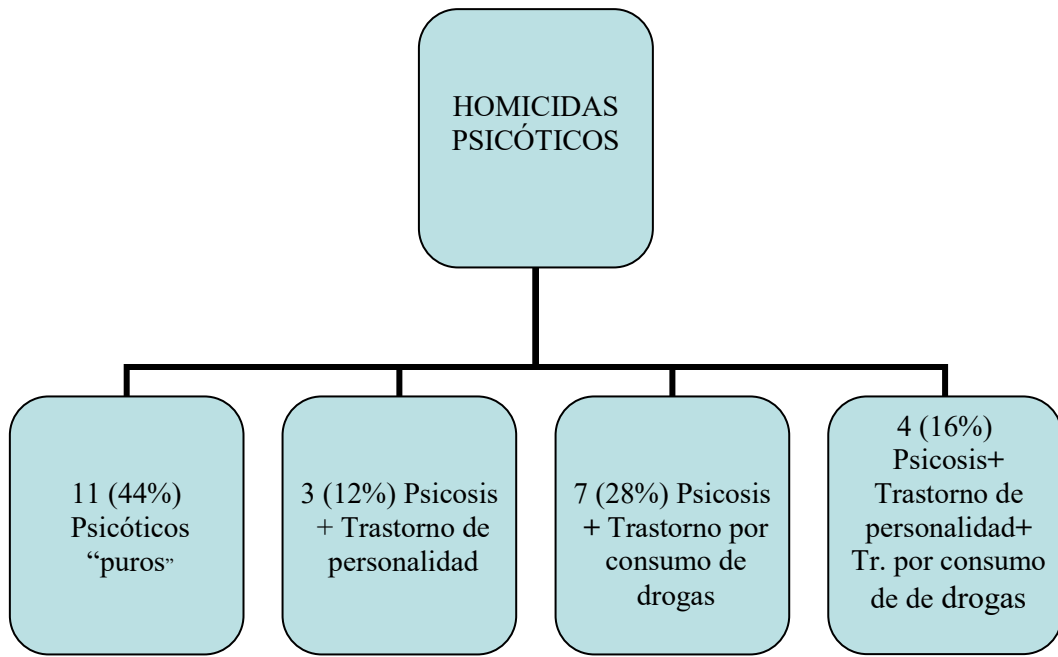


Figura 28: Psicosis y comorbilidad

Tabla 7: Variables de interés en psicosis y comorbilidad (\*)

	Psicosis pura N=11 (%)	Psicosis+ TP, N=3 (%)	Psicosis+Drogas N= 7 (%)	Psicosis+TP+Drogas N=4 (%)	X <sup>2</sup> p < ,05
<b>Antecedentes legales</b> Total=25	0	2 (67%)	3 (43%)	2 (50%)	,042
<b>Victimización</b> Total=22	0	1(33)	0	0	--
<b>Violencia previa</b> Total=17	0	2 (100%)	4(100%)	4(100%)	,001
<b>Móvil</b> Total=25	Motiv psicótica 11 (100%)	Viol. Familiar 2 (67%)	Motiv psicótica N=5 (71%)	Violencia familiar=Motiv psicótica 2=2	,001
		Movil psicótico N=1			
<b>Imputabilidad</b> Total= 24	Anulada 11 (100) %	Moderada atenuada 2(67%)	Anulada 5 (71) Atenuación moderada en 1	Atenuación moderada 2 (50%)	,011

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

### **B. 1.3.2.-TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

59 personas tienen criterios de diagnóstico principal de un Trastorno de personalidad.

De las 59 personas con este diagnóstico se trata de los siguientes subtipos: 23 personas del tipo antisocial, N=13 con un TP mixto, N=9 límites, N=2 del subtipo paranoide, N=2 esquizotípicos, N=2 narcisistas, y 1 histriónico, 1 evitativo, 1 esquizoide y N=5 con diagnóstico de Trastorno de personalidad no especificado.

Aunque se trata de una muestra pequeña dada la dispersión de datos se han reagrupado en tres categorías con fines comparativos: Trastorno antisocial (n=23), trastorno mixto (n=13) y la categoría de “*otros*” que agrupan el resto de subtipos (n=23).

Por subtipos:

- Antisociales: edad media  $27 \pm 10$  años (mínimo 16 y máximo 51 años)
- Mixto: edad media de  $35 \pm 12$  años (mínimo de 20, máximo de 53 años).
- Otros*: edad media de  $31 \pm 9$  años (rango entre 17-80 años).

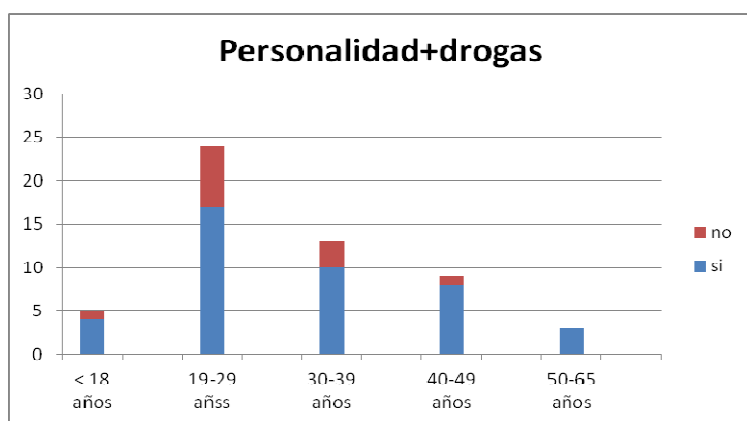
Con contraste de pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en variables edad al ser p-valor  $> ,050$ .

Si trabajamos con la variable de *edad recodificada* hay cinco pacientes menores de 18 años, 4 de ellos etiquetados como disociales (categoría específica al ser menores de 18 años) y 1 dentro de la categoría de *otros*.

#### **B.1.3.2.1.Comorbilidad:**

A.- El 12 % de las personas con trastorno de personalidad presentan un déficit intelectual.

B.-Comorbilidad con alcohol/drogas: Se identifica un importante solapamiento entre el Trastorno de personalidad y el Trastorno por consumo de sustancias, ya que hay criterios para el doble diagnóstico en N=45 (76%), mientras que N= 14 (23%) no aparece la comorbilidad.



**Figura 29: Trastorno de personalidad+ drogas y edad recodificada**

Las personas con el doble diagnóstico, Trastorno de personalidad + Trastorno por consumo de tóxicos tienen una media de edad de  $31 \pm 11$  años y las personas con solo el Trastorno de personalidad una media de edad de  $28 \pm 8$  años. No hay significación estadística respecto de esta variable.

**Tabla 8: Variables de interés en TP con y sin consumo de drogas (\*)**

<b>Variables</b>	<b>TP+drogas N=45 (%)</b>	<b>TP sin drogas N=14 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
<b>Edad (media)</b>	31± 11 años	28± 8 años	* No sig Man-Whitney
<b>Violencia previa Total=41</b>	25 (81%)	5 (50%)	-----
<b>Antecedentes legales Total=53</b>	28 (72%)	0	,000
<b>Victimización violenta Total=43</b>	9 (28%)	2 (18%)	-----
<b>Arma Total=58</b>	Arma blanca 30(68%)	Arma blanca 5 (36%)	,012
<b>Móvil Total=57</b>	Violencia familiar 13 (31%)	Pasional/sexual 4 (29%)	-----
<b>Relación con víctima Total=55</b>	Amigos/conocidos 18 (41%)	Amigos/conocidos 5 (36%)	-----

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

\* No se ha encontrado que las diferencias en la medias de edad sean significativas con la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis al ser  $p > ,05$ .

En relación al tipo de consumos se trata de N=12 (27%) alcohol, N= 22 (49%) de tres o más sustancias, N=4 (9%) cocaína, N=3 (7%) opiáceos, N=2 (4%) estimulantes + alcohol y N=2 estimulantes más opiáceos.

Los tipos de personalidad son: N=20 antisociales, N=10 mixtos, N=8 límites, N=1 esquizoide, N=1 esquizotípico, N=1 paranoide y N=4 no especificado.

#### B.1.-Arma utilizada:

En los TP+drogas: objeto contundente N= 3(7%), arma blanca N= 30 (68%), arma de fuego N=2 (4,5%), asfixia N=4 (0%), uso del fuego N=1 (2%), otro N=4 (9%). En un caso se desconoce el arma utilizada

En los TP sin drogas N=1 (0%) uso de la mano-pie, arma blanca N=5 (36%), arma de fuego N=4 (29%), asfixia N=4 (29%).

B.2.-Móvil: En los TP+drogas: pasional/sexual N=5(12%), Violencia familiar 13 (31%), riña N=8 (19%), robo N= 7 (16%), drogas N=5 (12%), por encargo N=1 (2%) y otros N=4 (9)

En los TP sin drogas: pasional/sexual N=4 (29%), Violencia familiar 3 (21%), riña N=3 (21%), robo N= 1 (7%), y otros N=3 (21%)

### B. 3.-Relación con la víctima:

En los TP+drogas: familiares N= 13 (29,5%), amigos/conocidos N= 18 (41%) y desconocidos 11 (25%).

En los TP sin drogas: familiares N= 4 (29%), amigos/conocidos N= 5 (36%) y desconocidos N=4 (29%).

### B.1.3.2.2.-TP reagrupadas (variables socio demográficas y criminalísticas)

#### A.-En la categoría antisocial:

El 9% (n=2) es por causa pasional/sexual, 23% (n=5) por violencia familiar (de género), el 32% (n=7) por riña, el 23% (n=5) por robo, el 9% (n=2) motivado por drogas y el 4% (n=1) por otras causas.

Utilizan como arma en N=1 (4,5%) un objeto contundente, N=13 (59%) un arma blanca, N=2 (9%) arma de fuego, N=3 (14%) la asfixia, N=1 el fuego y N= 2 (9%) otros métodos.

Hora del día: 1 (5%) a la mañana, 7 (35%) a la tarde, 7 (35%) a la noche y 5 (25%) a la madrugada.

La relación que mantenían con las víctimas en el 25% (n=6) eran familiares, el 42% (n=10) son amigos/conocidos y el 29% (n=7) son desconocidos.

Otro hallazgo relevante es que en 13 casos se trata de un agresor único (59%) y en 9 de más de un agresor (41%).

B.-En la categoría de TP mixtos: el 32% (n=5) por violencia familiar, siendo 2 de ellos por violencia de género, el 8 % (n=1) por riña, el 17 % (n=2) por drogas, un 8% (n=1) por encargo y el 25% (n=3) por otras causas.

Utilizan como arma en N=10 (77%) un arma blanca, N=2 (15%) un arma de fuego, y N= 1 (8%) otros métodos.

Hora del día: 7 (10%) a la tarde, 1 (10%) a la noche y 5 (50%) a la madrugada.

El 25% (n=3) son familiares, n=4 (33%) son amigos/conocidos y N=3 (25%) son desconocidos.

.

C.-En la categoría de TP otros: agrupa a 23 personas, 3 mujeres (13%) y 20 hombres (87%).

Entre las víctimas hay 15 hombres (65%) y 8 mujeres (35%).

Móvil: pasional/sexual en n=7 (30%), violencia familiar n=6 (26%) con 2 casos de violencia de género, riña n=3 (13%), robo/atracos n=3 (13%), drogas n=1 (4%) y categoría otros n=3.

Utilizan como arma en N=1 (4%) la mano-pie, N=2 (9%) un objeto contundente, N=12 (52%) un arma blanca, N=2 (9%) arma de fuego, N=5 (22%) la asfixia y N=1 (4%) otros métodos.

Hora del día: 1 (5%) a la mañana, 1 (5%) a la tarde, 13 (62%) a la noche y 5 (24%) a la madrugada.

Por otra parte, en TP de categoría otros el 34% (N=8) son familiares, el 43% (n=10) son amigos/conocidos y el 21% (n=5) son desconocidos.



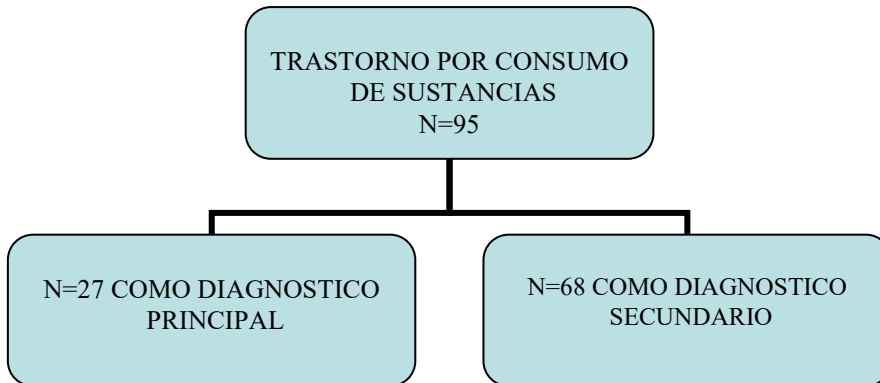
**Tabla 9: Variables de interés en TP reagrupadas (\*)**

<b>Variables</b>	<b>TP antisocial N=23 (%)</b>	<b>TP mixto N=13 (%)</b>	<b>TP otros N=23 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
<b>Edad (media)</b>	27± 10 años	35±12 años	31± 9 años	*
<b>Genero masculino del agresor Total=59</b>	23 (100%)	12 (92%)	20 (87%)	---
<b>Violencia previa Total=41</b>	12 (86%)	8 (80%)	10 (59%)	---
<b>Antecedentes legales Total=53</b>	15 (71%)	7 (70%)	6 (27%)	,007
<b>Victimización violenta Total=43</b>	4 (23,5%)	3 (37,5%)	4 (22%)	---
<b>Móvil Total=57</b>	Riña 7 (32%) Viol familiar 5	Violencia familiar 5	Pasional/sexual 7	,030
<b>Comorbilidad con consumo de drogas Total=59</b>	20 (87%)	10 (77%)	15 (65%)	---
<b>Tipo de sustancia Total=59</b>	3 o más 12 (52%)	3 o más 6 (42%)	Alcohol 7 (30%)	---
<b>Relación con víctima Total=58</b>	Amigo 10 (42%)	Familiares=desconocidos 3 (33%)	Amigos 9(39%)	,041

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

### **B.1.3.3.- TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

En un total de 95 personas acusadas de homicidio, se ha alegado la existencia de un consumo de sustancias, aunque solo en 27 casos es el diagnóstico principal.



**Figura 30: Resumen del Tr por consumo de alcohol/drogas**

#### **B.1.3.3.1.- Drogas consumidas (en la totalidad de la muestra N=95):**

En N=33 (34,7%) es alcohol, en N=33 (34,7%) tres o más sustancias, en n=9 (9,5%) cocaína, en N=7 (7,4%) estimulantes + alcohol, opiáceos n=6 (6,3%), estimulantes + opiáceos N=4 (4,2%), N=2 (2,1%) cánnabis y en 1 caso drogas de síntesis.

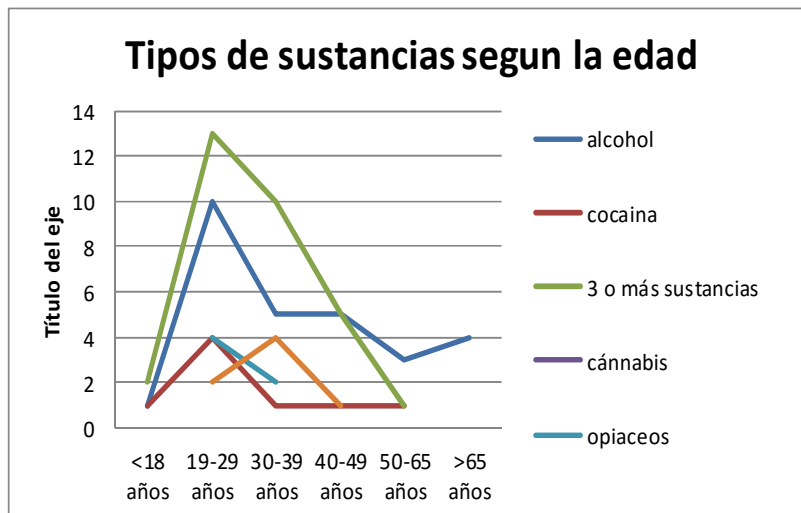
Siguiendo con los resultados de nuestra muestra se ha realizado una analítica de orina en 33 casos (34,7%).

B.1.3.3.2.- Edad: La mayor frecuencia de consumos se localiza en la franja de edad entre los 19-29 años, seguidos de 30-39 años.

En la franja 19-29 años predomina el consumo de tres o más sustancias con 13 personas, seguido de consumos de alcohol en 10 personas, cocaína en 4, opiáceos en 4 y mezcla de estimulantes más alcohol en 2 personas y estimulantes +opiáceos en otras 3 personas.

Entre los 30-39 años predominan los policonsumos con 3 o más sustancias, seguidos del alcohol con 5 personas, estimulantes más alcohol en 4, opiáceos en 2, drogas de síntesis y cocaína en 1 ocasión respectivamente.

Entre los mayores de 65 años solo hay consumidores de alcohol.



**Figura 31:** Distribución del consumo de las diferentes sustancias según intervalos de edad

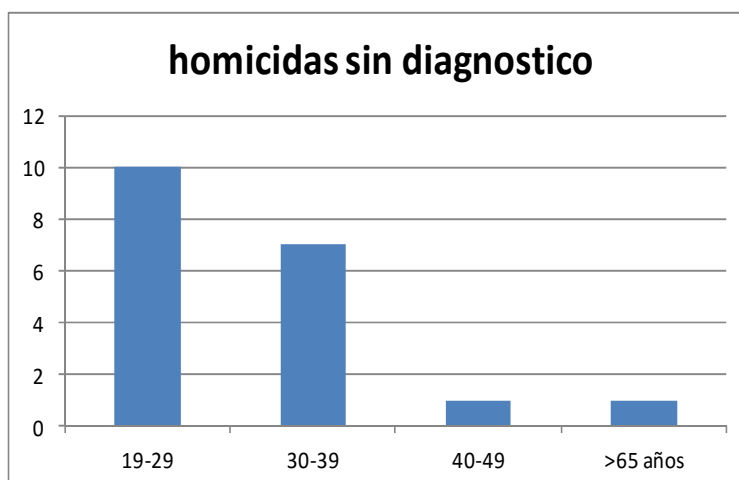
**B.1.3.3.3.-Tipo de consumo:** Se trata de un abuso en N=66 (69%) y dependencia en N=29 (30,5%).

**B.1.3.3.4.-Relación de las drogas con el homicidio:** Se ha encontrado que N=35 (37%) estaban intoxicados y N=3 mostraban un síndrome de abstinencia.

#### **B.1.3.4.- SIN DIAGNOSTICO**

Se trata de una muestra de 20 pacientes que representan el 15% de las personas evaluadas y con diagnóstico clínico y el 12 % del total de la muestra.

Se trata de pacientes en los que ha habido una exploración médico-forense pero en la que no se han identificado signos de patología psíquica englobable en otros cuadros diagnósticos. Únicamente han podido referir un consumo de sustancias pero se concluye que es irrelevante en el homicidio.



**Figura 32:** Variable edad en homicidas sin diagnóstico

B.1.3.4.1.-En la variables de edad recodificada no hay menores de 18 años, la mayor parte de la muestra (N=10, 50%) se concentra en el intervalo 19-29 años, seguido de 7 personas en el rango 30-39 años, 1 persona entre 40-49 años y 1 mayor de 65 años.

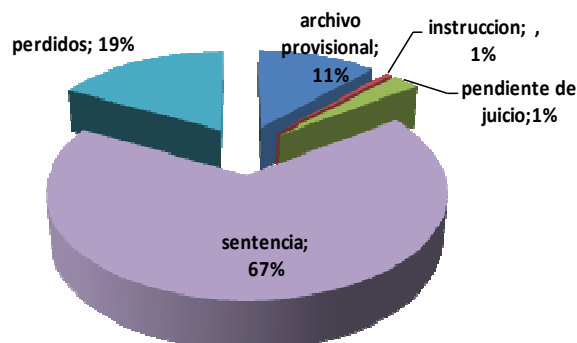
B.1.3.4.2.-Consumo de sustancias: 12 personas (59,1%) muestran un abuso de drogas aunque ninguna tiene relación con los hechos, tratándose de meros consumos que se han considerado banales. Se trata de alcohol en 6 casos (30%), 1 cánnabis, 2 casos de cocaína, 1 de estimulantes +alcohol y 2 de 3 o más sustancias.

B.1.3.4.3.-Hay un único caso en que constan antecedentes de victimización.

B.1.3.4.4.-Han ejercido violencia previa 4 homicidas de esta categoría, lo que representa el 20% y ha ido dirigida en 3 casos contra la familia.

#### **B.1.4.-VARIABLES MEDICO-LEGALES Y JURIDICAS**

B.1.4.1.-Estado de los expedientes judiciales:

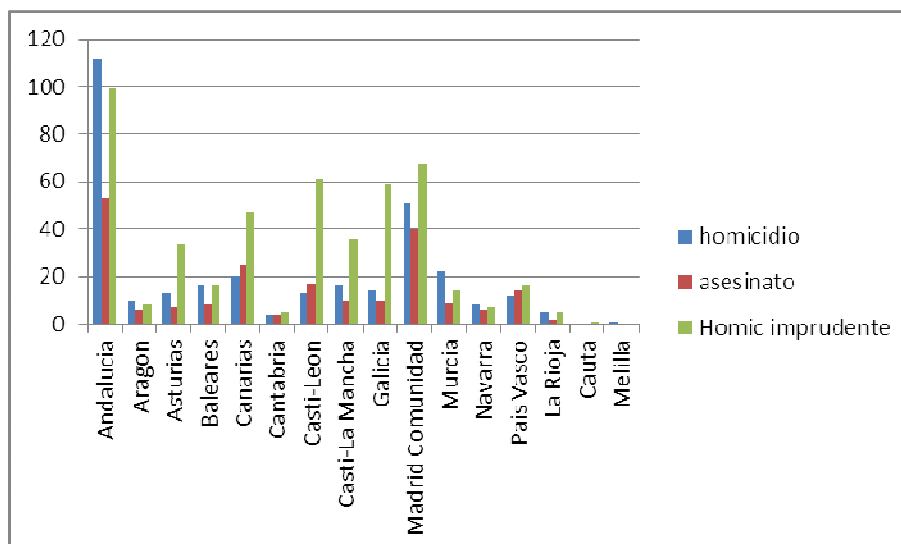


**Figura 33: Estado de los expedientes judiciales**

Respecto de la totalidad de la muestra de homicidios, en 16 casos consta la existencia de un archivo provisional, 1 expediente está en fase de instrucción, 4 expedientes pendientes de juicio en la Audiencia provincial de Bizkaia y en 105 casos se ha dictado sentencia. Los 25 casos perdidos son aquellos en los que se desconoce el destino judicial final, porque no ha podido seguirse el rastro judicial.

B.1.4.2.-Calificación penal: 130 personas han sido imputadas como autor de homicidio y 4 como cómplices.

Se ha dispuesto de datos recogidos en las *Estadísticas judiciales* anuales del Instituto Nacional de Estadística, año 2013. Se desglosan, en el capítulo de Seguridad y Justicia, los números de sentencias impuestas, según el tipo de delito y la Comunidad Autónoma.



**Figura 34: Número de condenas impuestas en las Audiencias provinciales, según la calificación del delito de homicidios, desglosado por Comunidades Autónomas, 2013 (INE)**

En los pacientes diagnosticados de un Trastorno por consumo de sustancias, la calificación penal es por homicidio doloso en N=13 (59%), homicidio imprudente en N=3 (14%) y asesinato en N=6 (27%).

En los pacientes con diagnóstico de psicosis la calificación penal es por homicidio doloso en N=10 (42%), homicidio imprudente en N=1 (4%) y asesinato en N=13 (54%).

En los pacientes sin un diagnóstico clínico o “normales” la calificación penal es por homicidio doloso en N=3 (16%), homicidio imprudente en N=5 (26%) y asesinato en N=11 (58%).

En los pacientes diagnosticados de un Trastorno de personalidad la calificación penal es por homicidio doloso en N=29 (52%), homicidio imprudente en N=4 (7%) y asesinato en N=23 (41%).

**Tabla 10: Medidas de seguridad y calificación penal (\*)**

	Psicosis N=25(%)	Tr personalidad N= 59	Tr consumo de sustancias N=27	Sin diagnóstico N=20
Hospital psiquiátrico N=18	14 (74%)	4 (21%)		
Hospital penitenciario N=4	3		1 (50%)	1 (100%)
Ambulatorio N=2	1		1 (50%)	
Comunidad terapéutica N=1		1 (25%)		

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

$$X^2= 60,954 (15) \text{ p-valor } ,000$$

**Tabla 11: Variables Medico-legales y jurídicas(\*)**

	<b>Tr consumo drogas N= 27 (%)</b>	<b>Psicosis N=25 (%)</b>	<b>Sin diagnósticos “normales” N=20 (%)</b>	<b>Trastorno de personalidad N= 59 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
<b>Calificación penal Total=106</b>	Homicidio doloso 13 (59%)	Asesinato 13 (54%)	Asesinato 11 (58%)	Homicidio doloso 29 (52%)	,028
<b>Imputabilidad Total =113</b>	Intacta 9 (50%)	Anulada 16 (67%)	Intacta 18 (95%)	Intacta 31 (57%)	,000
<b>Sentencia Total =105</b>	Condenatoria sin atenuantes 9 (47%)	Sin responsabilidad penal 12 (54,5%)	Condenatoria sin atenuantes 15 (83%)	Condenatoria sin atenuantes 27 (54%)	,000
<b>Duración media de condenas</b>	8± 5 años	12±6 años	12±7 años	12,5±6 años	-----
<b>Medidas de seguridad Total =25</b>	2 (11%)	18 (82%)	--	5 (11%)	,000

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

**B.1.4.3.-Medidas de seguridad:** sobre una muestra de 111 individuos en los que se ha investigado esta variable, nos consta que se han aplicado en 25 casos.

**B.1.4.4.-Imputabilidad;** En los pacientes diagnosticados de un Trastorno por consumo de sustancias, 9 (50%) personas tienen una imputabilidad intacta, en 5 (28%) se menoscaba de forma leve, en 3 (17%) el menoscabo es moderado. No hay menoscabos importantes ni anulación de la responsabilidad.

En los pacientes con diagnóstico de psicosis 1(4%) tiene una imputabilidad intacta, en 1 (4%) se menoscaba de forma leve, en 5 (21%) el menoscabo es moderado, 1 (4%) tiene un menoscabo importante y en 16 (67%) personas se determina una anulación de la responsabilidad.

En los pacientes sin un diagnóstico clínico o “normales” 18 (95%) personas tienen una imputabilidad intacta y en 1 caso la responsabilidad se anula.

En los pacientes diagnosticados de un Trastorno de personalidad, 31 (57%) personas tienen una imputabilidad intacta, 13 (24%) se determina una menoscabo leve, en 6 (11%) el menoscabo es moderado y en 1 caso (2%) tiene un menoscabo importante.

**B.1.4.5.-Sentencia:**

En los pacientes diagnosticados de un Trastorno por consumo de sustancias en N=1 (5%) la sentencia es absolutoria, en 9 (47%) condenatoria sin atenuantes médicas en N=8 (42%), condenatoria con atenuantes médicos y en 1 caso se determina la exención de la responsabilidad.

En los pacientes con diagnóstico de psicosis en 1 caso (4,5%) la sentencia es absolutoria, en 2 (9%) es condenatoria sin atenuantes médicas en N=7 (32%), condenatoria con atenuantes médicos y en 12 casos (54,5%) se determina la exención de la responsabilidad

En los pacientes sin un diagnóstico clínico o “normales” en 3 casos (17%) y en n=15 (83%) condenatoria sin atenuantes médicas.

En los pacientes diagnosticados de un Trastorno de personalidad en n=4 (8%) la sentencia es absolutoria, en 27 (54%) es condenatoria sin atenuantes médicas en n=19 (38%), es condenatoria con atenuantes médicos.





**C.-COMPARATIVA DE LOS PACIENTES PSICOTICOS CON OTROS GRUPOS DIAGNOSTICOS**

**Tabla 12: Comparativa entre homicidas con psicosis y con trastornos de personalidad(\*)**

<b>VARIABLES</b>	<b>Psicosis N=25 (%)</b>	<b>Trastorno de personalidad N=59 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
Media de Edad	42±19 años	30,4±11,7	
Victimización violenta Total=65	Si 1 (4,5%)	Si 11 (26%)	,035
Tipo de arma Total=83	Arma blanca 13 (52%)	Arma blanca 35 (60%) Asfixia 8 (14%)	,041
Móvil Total=82	Movil. Psicótico 19 (76 %)	16 (29%) Viol. Familiar Riña 11 (19%)	,000
Actuación tras homicidio Total=68	Se entrega 11 (58)	Se fuga 41 (84%)	,000
Relación con víctima Total=83	Familia 16 (64%)	Amigos 23 (40%)	,007
Imputabilidad Total=78	Anulada 16 (67%)	Intacta 31 (57%)	,000
Sentencia Total=72	Sin responsabilidad 12 (54,5%)	Condenatoria sin atenuantes médicos 27 (54%)	,000

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

**Tabla 13: Comparativa entre homicidas con psicosis y con trastornos por consumos de drogas(\*)**

<b>VARIABLES</b>	<b>Psicosis N=25 (%)</b>	<b>Trastorno por consumo de drogas N=27 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
Antecedentes legales Total=47	7 (28%)	13 (59%)	,042
Móvil Total=46	Motiv. Psicótica 19 (76%)	Riña 10 Drogas 4 (19%)	,000
Actuación tras homicidio Total=38	Se entrega 11 (58%)	Se fuga 13 (68%)	,050
Relación con víctima Total=47	Familia 16 (64%)	Desconocidos 11 (50%)	,001
Imputabilidad Total=42	Anulada 16 (67%)	Intacta 9 (50%)	,000
Sentencia Total=41	Sin responsabilidad 12 (54,5%)	Condenatoria sin atenuantes médicos 9 (47%)	,003

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

**Tabla 14: Comparativa entre homicidas con psicosis y los homicidas sin diagnóstico(\*)**

<b>Variables</b>	<b>Psicosis N=25 (%)</b>	<b>Personas sin diagnóstico o "normales" N=20 (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p &lt; ,05</b>
Nacionalidad agresor Total=45	Española 24 (96%)	Española 13 (65%)	,010
Nacionalidad víctima Total=45	Española 25 (100%)	Española 16 (80%)	,033
Móvil Total=45	Motiv. Psicótica 19 (76%)	Pasional/sex 5 (25%)	,000
Relación con víctima Total=45	Familia 16 (64%)	Amigos 10 (50%)	,009
Imputabilidad Total=43	Anulada 16 (67%)	Intacta 18 (95%)	,000
Sentencia Total=40	Sin responsabilidad 12 (54,5%)	Condenatoria sin atenuantes médicos 15 (83%)	,000

\* En las frecuencias se han eliminado los casos perdidos

Dado que una hipótesis fundamental de esta tesis es la existencia, o no, de diferencias en los homicidios de los pacientes psicóticos se recogen las variables comparativas más significativas.

# DISCUSIÓN



## **A:- DESCRIPTIVO GENERAL DE LOS HOMICIDIOS Y VICTIMAS**

### **1. - Evolución en el tiempo**

Las cifras de homicidios que aquí se presentan son bajas, representa menos del 1% del total de autopsias realizadas en el Instituto Anatómico Forense de Bilbao, cifras muy similares a las encontradas en otros Institutos Anatómico-Forenses del país (Lucena et al 2008).

Bizkaia es una provincia, donde ha tenido una significativa presencia las muertes vinculadas al terrorismo de ETA y acción contraterrorista. En el periodo de tiempo entre 1992-2013 se contabilizan 47 víctimas directas, que han sido excluidas del estudio, pero cuya descripción es de interés.

La violencia terrorista se asocia al uso de armas de fuego, rifles, armas cortas y uso de explosivos (coches-bomba y bombas-lapa principalmente). Al margen del terrorismo, España tiene un estricto control de las armas, con una prevalencia de propiedad de armas baja, respecto a otros países industrializados.

Un subtipo especial de muertes, es el homicidio-suicidio, del que solo nos consta una pequeña muestra de seis casos. Nosotros solo registramos como tal, aquellos incidentes, en que en el mismo escenario, o tiempo, han sido encontrados sin vida, agresor y víctima. Otras investigaciones establecen intervalos temporales más amplios entre la muerte de la víctima y el suicidio del autor (Barracough y Harris (2002) y Marzuk et al. (1992).

Los homicidios-suicidios son fenómenos raros. Las cifras bajas armonizan con las estadísticas del The European Homicide-Suicide Study (Liem and Oberwittler 2012) que sitúan a España con una tasa baja, por detrás de Finlandia y Alemania, aunque parece ser un tipo de muerte muy estable en el tiempo.

Carecemos de información de estos sospechosos porque no tienen antecedentes ni clínicos ni médico-forenses. Al haber fallecido el acusado, el expediente judicial se archiva definitivamente y luego se destruye.

En todos los años del periodo de estudio, ha habido algún homicidio (con criterios de inclusión) en Bizkaia, con variación de unos años a otros, entre un mínimo de dos homicidios en el año 1994 y un máximo de 12, en 1992 y 1998 (Figura 6).

Los homicidios muestran una trayectoria descendente en el tiempo, han pasado del 1,21 homicidios/100.000 habitantes en 1.992 al 0,78/100.000 habitantes en 2013 (Figura 7 y 8). Pero se trata de una trayectoria oscilante con movimientos de contra-tendencia, que se han interpretado como resultado de factores concretos que inciden a nivel local. Esta irregularidad de tendencia se ha constatado en todas las series nacionales y europeas (Eisner 2001).

Habría que recordar la “ley” de Verkko, que planteó en 1951 que los homicidios en que las víctimas son hombres jóvenes son la parte más variable y volátil de los homicidios, mientras que, otros tipos de homicidios, son más estables en el tiempo, por ejemplo los vinculados a la violencia doméstica o los homicidios-suicidios (Kivivuori et al. 2012).

Dentro de la provincia, la concentración de una mayor tasa de homicidios en los grandes núcleos de población (Figura 5) es coherente con la mayor parte de los estudios, que vinculan las muertes violentas y el nivel de urbanismo. Es un factor que sirve para explicar la violencia de las calles pero no para explicar la violencia en espacios privados Ganpat et al. (2011) UNODC (2014) y OMS (2002).

Sin embargo, Bizkaia no tiene una tasa de homicidios superior a otras provincias de la Comunidad Autónoma Vasca a pesar de tener una mayor población y municipios de mayor tamaño (Figura 7).

Poniendo las cifras en perspectiva nacional, Bizkaia ha tenido, durante años, unas tasas de homicidios por debajo de la media nacional, pero con una ligera tendencia al alza a partir del año 2007, justo lo contrario de la tasa nacional, que continúa un descenso a partir del año 2002. Ambas tendencias, nacional y la de Bizkaia, se han cruzado y en el año 2013 Bizkaia supera la tasa nacional. El descenso en la tasa de homicidios en Bizkaia, es menos marcada que a nivel nacional en el periodo del estudio (Figura 8).

Europa es un continente que, en su conjunto, presenta unas tasas bajas de homicidios, pero es una realidad heterogénea, con tasas que oscilan entre 0,63/100.000 en Austria (la tasa-país más baja) y 16,7/100.000 habitantes de Rusia, con la tasa-país más elevada.

España pertenece a la subregión mediterránea, con la tasa de homicidios más bajas (Figura 10), en relación a los países de la región (Marshall and Summers 2012).

## **2.- Marco temporal**

A lo largo del año, el mes que muestra una mayor concentración de homicidios es mayo, seguido de junio. Los meses con menos homicidios son septiembre y febrero (Figura 11). Los homicidios se agrupan en primavera (30%), seguidos de otoño, invierno en tercer lugar y finalmente el verano (Figura 12).

Los resultados encontrados en otros países son heterogéneos: en Finlandia los homicidios ocurrían en meses de invierno. En Holanda en primavera y verano, entre abril y junio, y en Suecia la distribución es más homogénea a lo largo del año, aunque aumenta algo la frecuencia en invierno, de forma similar a Finlandia (Ganpat et al. (2011).

En Australia, el 27% de los homicidios ocurren en verano en igual proporción que la primavera, el 25% en otoño y el 22% en invierno (Megan and Mouzos (2007).

En todos los estudios consultados hay una tendencia a aumentar la incidencia de casos según avanza el día (Figura 13).

Se trata de un dato general en casi todas las investigaciones: el pico máximo de homicidios ocurren entre la medianoche y las seis de la mañana (Megan and Mouzos (2007) y Ganpat et al. (2011).

Análisis de tendencia, de muerte de mujeres en caso de violencia de género, indica un pico máximo de muertes entre las 21.00 y las 2.00 horas de la madrugada (Consejo General del Poder Judicial 2014).

En general, cuando se analiza la distribución de los homicidios en el tiempo, mes del año, día de la semana y hora del día, se aprecia que los homicidios tienen relación con el tiempo libre, los momentos de socialización y la posible presencia del alcohol y drogas. Nosotros no hemos analizado el día de la semana en que ocurre el homicidio, siendo una de las carencias del estudio.

### **3.-Lugar (Figura 14 y 15)**

Nuestra investigación muestra la importancia de los espacios privados, cuatro de cada diez muertes ocurren en un domicilio, seguidos en segundo lugar por las muertes que ocurren en la calle.

En España las estadísticas sobre el lugar de los hechos solo se publican en relación a la violencia de género, mostrando que cuando la víctima es la mujer suelen ocurrir en el domicilio de la víctima o domicilio común con el agresor (Consejo General del Poder Judicial 2010 y 2011).

Muchas investigaciones relacionan los espacios públicos con el homicidio masculino y los espacios privados a la victimización femenina, aunque hay otros factores, como la motivación y el tipo de relación que hay entre agresor y víctima (UNODC 2012).

### **4.-Victimas**

#### **4.1.-Número de víctimas:**

Prácticamente la totalidad de la muestra está formada por incidentes con una única víctima, reservando una proporción marginal a los incidentes con víctimas múltiples (dos víctimas). Hay que precisar que, en varios incidentes homicidas, han quedado víctimas con lesiones no mortales que no han sido recogidas en el estudio (Figura 16). No hemos tenido ningún caso, en el periodo de estudio, con más de dos víctimas mortales.

Los homicidios con más de una víctima son un evento raro en muchos países como Canadá o EEUU, a pesar de tener cifras netas de homicidios más elevadas (Cotter 2014). El escenario más habitual del homicidio es agresor único-víctima única (FBI).

#### **4.2.- Nacionalidad de las víctimas**

La mayor parte de las víctimas de homicidio son españoles (Figura 17) y un 15% de extranjeros, pero estas cifras hay que ponerlas en perspectiva, ya que la presencia de población extranjera es del 6,08 % en el País Vasco en el año 2011 (datos sobre población extranjera proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística). Esto sugiere una sobrerrepresentación de extranjeros en el delito.

Hay muy pocos datos disponibles sobre nacionalidad, u otras variables socio-demográficas, de las víctimas de homicidio. La escasa investigación europea sobre la heterogeneidad social y el papel de la inmigración, apunta que tienen más probabilidades de ser víctimas de homicidio que de ser homicidas (Hiatt 2007).

El Observatorio contra la Violencia de Género (Consejo General del Poder Judicial, 2010), sugiere que, al menos, para esta forma de violencia hay cambios demográficos reales tanto en víctimas como en agresores. Las estadísticas del Consejo General, detectan la presencia de víctimas extranjera a partir del año 2002, representan la cuarta parte de las víctimas mortales.

El riesgo de morir víctima de violencia de género, es 5,3 veces mayor para una mujer extranjera, que para una mujer española, entre 1999 y 2006 (Vives et al. 2008).

#### **4.3.- Genero de las víctimas**

La violencia es un asunto que afecta a hombres (Figura 18), son las tres cuartas partes de las víctimas, en igual proporción a registros europeos como Finnish Homicide Monitoring System, FHMS (Kivivuori et al. 2007) o registros mundiales (UNODC 2014) pero inferior a otros estudios (Laasajalo 2007 y Lethi 2006).

Es importante volver a recordar la “ley” de Verkko, (1951) que definió que la proporción de víctimas femeninas de homicidios es menor cuando el nivel total de homicidios es alto y viceversa. Los homicidios en los que se ven involucrados hombres, como agresor y como víctima, son la parte más elevada pero más volátil de la violencia (Kivivuori et al 2012).

#### **4.4.- Relación entre agresor y víctima**

Analizando las relaciones entre agresor y víctima se constata la disparidad de circunstancias entre hombres y mujeres (Tabla 3 y Tabla 4).

Hemos encontrado que cuando un hombre es el agresor, de cada diez víctimas, siete son hombres y casi la mitad de los hombres mueren a manos de sus amigos/conocidos, y en segundo lugar mueren a mano de desconocidos (Tabla 4). Nueve de cada diez mujeres mueren a manos de un hombre

En comparación, las mujeres tienen más posibilidades de morir a manos de personas cercanas, especialmente familiares (58%). Las investigaciones muestran que la mayoría de las mujeres matan y mueren a manos de sus familiares, amigos y conocidos (Hakkanen et al 2009.b).

Hemos encontrado que en un porcentaje elevado, las mujeres mueren a manos de extraños, fenómeno considerado poco común (Ganpat et al. 2011).

Tres cuartas partes de las víctimas de desconocidos son hombres (Tabla 4). A partir de datos publicados por el Ministerio del Interior, entre 1998 y 2006, en España ha habido un incremento en la cifra de muertes a manos de desconocidos (Medina 2012)



## **B.-MUESTRA CLINICA DE LOS AGRESORES**

### **B.1.- Agresores**

El término acusado o sospechoso remite a una persona sobre la que existen indicios de participación en unos hechos, pero, no presupone que sea la persona autora y condenada por el delito de homicidio. El sistema judicial es un sistema probatorio. Entre otros elementos, es necesario un sólido diagnóstico médico-legal de muerte homicida para continuar una acusación frente a un sospechoso.

#### **1.- Numero de agresores**

Tres cuartas partes de la muestra son homicidas que actúan de forma solitaria, mientras que una mínima parte lo hace con presencia/ayuda de más personas. El patrón clásico es diádico: una víctima-un agresor.

Se trata de cifras sometidas a márgenes de error, sujeto a la identificación policial o judicial de más autores.

#### **2.- Edad del agresor**

La media de edad de los hombres es de  $33,5 \pm 13,5$ , similar a la media de edad encontrada en Holanda (31,9 años) pero más jóvenes que en Finlandia (37,5 años) y Suecia (34,7 años) (Ganpat et al. 2011) y más mayores que en Inglaterra y Gales, que es de 27 años (Appleby et al. 2006).

En investigaciones, especialmente americanas, el crimen violento se asocia a los hombres jóvenes (Bureau of Justice Statics 2010 citado en Flynn 2013 y estadísticas del FBI (2012 y 2013).

En todas las investigaciones, la media de edad en los homicidas varones, es menor que en la homicidas mujeres, como el estudio Finnish Homicide Monitoring System, FHMS (Kiviuvori et al. 2007) e investigaciones australianas (Megan and Mouzos 2007).

No hemos encontrado ninguna mujer homicida por debajo de los 18 años y una única mujer mayor de 65, lo que viene a confirmar el dato de que la carrera criminal de la mujer es más corta que la del hombre. Se inicia más tarde y acaba antes.

#### **3.- Edad agrupada**

Para nuestra muestra. el pico máximo de edad de los homicidas está en los 19-29 años, con una muestra muy pequeña de homicidas juveniles (<18 años) y de homicidas mayores de 50-55 años (Figura 21) .

Es complicado hacer una comparativa con estudios internacionales porque manejan intervalos de edades muy diferentes. Pero, en general, las series mundiales (OMS 2002, UNDOC 2014 y Kivivuori et al. 2007) relacionan de forma inversa las tasas de homicidio de un país, con la edad de los homicidas: a mayor presencia de homicidios desciende la edad y a la inversa.

En EEUU el pico máximo de los homicidas está en los 20-24 años, (FBI), en Inglaterra y Gales entre 31-35 años. En Irlanda del Norte el 45% de los convictos por

homicidio, son menores de 25 años y el 40% pertenecen al intervalo 26-35 años (Brookman 2005).

En el estudio finlandés FHMS (Kiviuvori et al. 2007) se establecen dos picos máximos de homicidios: 20-24 años y entre 30-34 años en los hombres, frente a 35-39 de las mujeres. El riesgo de homicidios disminuye con la edad.

## **B.2.- ANALISIS DE LOS DATOS POR GRUPOS CLINICOS**

Del conjunto de la muestra analizada (N= 131), un 84% tiene un diagnóstico de trastorno psíquico.

Se trata de una cifra alta pero inferior a la encontrada en otros estudios, que llega al 90% (Fazel and Grann (2004), aunque se encuentran proporciones muy variables, de unos estudios a otros. Las diferencias metodológicas sobre la elección y tamaño de las muestras, las definiciones de enfermedad mental y de violencia, la coexistencia de cofactores y de comorbilidades, entre otros, dificulta la comparabilidad (Joyal et al. 2007).

En cualquier caso, se trata de una cifra muy elevada, pero para entenderla hay que realizar una serie de precisiones. Las muestras forenses son muy concretas, con sus propios sesgos. La exploración forense tiene una finalidad pericial para la aplicación práctica de las leyes y el establecimiento de la verdad judicial, que en sí misma, no es equivalente a la verdad clínica.

En procesos judiciales por delitos graves, es frecuente la alegación por parte del acusado de patología psíquica, como fuente causal de la conducta antijurídica.

Se parte de un proceso diagnóstico similar al realizado en otros entornos clínicos, pero la finalidad pericial y la ausencia de secreto médico, condiciona la información con la que se trabaja. La información disponible y, que aporta el paciente, puede ser una fuente de distorsión de resultados, con posibilidades de simulación, exageración o manipulación, para beneficiarse de los supuestos establecidos por la ley.

En el presente estudio al igual que en muchos trabajos publicados, se ha comprobado que las cifras de los trastornos de las personas varían con el tipo de definición utilizada de patología mental. Hemos utilizado la definición más amplia de la patología, a partir de la búsqueda de historiales médico-legales de personas acusadas, independientemente del momento en que se hizo la pericia.

Más allá de los diagnósticos, es la determinación de la imputabilidad médico-legal la que marca la real influencia de los trastornos psíquicos en los actos.

La existencia de una determinada patología, en un momento vital concreto, no necesariamente está vinculada a cualquier delito que cometa. Las periciales trabajan con la credibilidad y fiabilidad de la información que los pacientes aportan y con la variable tiempo: cuál es el estado del paciente en el momento concreto del delito y cual es la influencia de su estado psíquico en los hechos. Con ello se busca conocer la realidad clínica de los pacientes, no la realidad alegada.

Ante actos de elevada violencia, o que afectan a víctimas vulnerables, puede ocurrir una búsqueda inconsciente, en el perito, de un trastorno o patología psíquica que expliquen o justifique la brutalidad de lo ocurrido. Se trataría de una psiquiatralización de la actividad forense, como forma médica de explicar la conducta humana, más allá de los factores ambientales concretos que lo justifiquen. El médico-forense trabaja con la experiencia humana en la búsqueda de explicaciones, pero existe un componente subjetivo, en el proceso de “reconstrucción” de un tiempo y un acto pasado.

Cabe también decir que la conducta humana carece de uniones directas entre causas y consecuencias. La conducta es el resultado de constelaciones complejas de factores de causalidad, donde aún la ciencia solo conoce, parcialmente, sus factores determinantes.

### **B.2.1.- VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS (Tabla 5)**

A nivel global podemos decir que se identifican unas características sociodemográficas compartidas, como el ser hombre, joven, de bajo nivel académico, estado civil soltero y formar parte de clases sociales pasivas o trabajos de baja cualificación, entre otras. Ser hombre y ser joven parecen ser los dos factores de riesgo más importantes en la violencia (Fazel and Grann 2006).

Emergen pocas diferencias significativas en estas variables para cada categoría de diagnóstico, pero no hay que olvidar que la enfermedad mental y la violencia, comparten muchos factores de riesgo. Extensas investigaciones sugieren que los datos biográficos y características sociodemográficas son muy importantes en las personas sanas y las personas con patología mental (Laajasalo and Häkkanen 2004).

Los homicidas psicóticos también comparten muchos factores de riesgo de la población general (Swanson et al. 2006, Bo et al. 2011 y Nordstrom 2004).

#### **B.2.1.1.--Edad:**

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medias de edad de cada categoría diagnóstica. Se trata de un hallazgo compartido por otras investigaciones, como Laajasalo (2007), siendo los consumidores de alcohol/drogas los que presentan una media de edad más baja.

Hemos encontrado, que la edad media de los Trastorno por consumo de sustancias es similar a la muestra general de homicidas y mayor que la encontrada por Laajasalo et al. (2004), cercana a los 27 años.

La muestra de pacientes psicóticos tiene una edad más alta que la media general de homicidas, con pico de frecuencia en el intervalo 30-49 años (Figura 27). La mayoría de los estudios sitúa el pico de la violencia psicótica en rangos altos de edad y con una tendencia a persistir en años posteriores (Fazel and Grann 2006 y Soyka et al. 2007).

#### **B.2.1.2.-Género:**

Hemos encontrado una abrumadora mayoría de hombres. La investigación muestra que la violencia está polarizada en el sexo masculino OMS (2002), UNDOC (2014). Un

6% de los homicidios en Bizkaia lo ha cometido una mujer, similar a las cifras que muestran los estudios mundiales que está entre el 5% y el 10% (UNODC 2014).

Entre los pacientes psicóticos era esperable una mayor presencia de mujeres, porque la patología parece disminuir la brecha de la violencia entre hombres y mujeres (Fazel y Grann 2006).

#### **B.2.1.3.- Nacionalidad:**

Predomina la nacionalidad española en los agresores, estando relacionada la frecuencia más alta con la psicosis y la más baja en los pacientes sin diagnóstico donde hay mayor presencia de agresores extranjeros. Cifras medias se encuentran entre los Trastornos de personalidad y el Tr. por consumo de sustancias. De forma similar ocurre con la nacionalidad de las víctimas, donde predomina la nacionalidad española especialmente en relación a los pacientes psicóticos.

A la opinión pública general le ha preocupado mucho la relación entre, el rápido incremento de inmigrantes que proceden de países pobres y con elevados niveles de violencia, y la violencia en nuestro país.

No existe una sólida base científica que apoye dicha relación. Es escasa la investigación europea sobre la inmigración y el nivel de homicidios, ni se ha encontrado una relación estadísticamente significativa, entre la presencia de inmigrantes y el nivel de homicidios en las ciudades (Trent and Pridemore 2012).

Pero, también es verdad que en base a estadísticas judiciales españolas, la proporción de extranjeros arrestados por homicidio ha pasado del 19% en 1998 al 36% en 2006 (Medina 2012).

#### **B.2.1.4.- Estudios:**

Identificamos un nivel académico bajo, con una mayoría de homicidas que poseen estudios primarios, a veces incompletos. Una historia de fracaso o dificultades escolares ha sido asociado al homicidio y la violencia (Raine 2013, Laajasalo 2007).

Es muy llamativo el escaso número de personas con estudios de grado medio o superiores, que se encuentran entre los psicóticos y los pacientes con un Trastorno de personalidad, categorías con las que se relaciona. Hay investigaciones que encuentran en homicidas psicóticos desarrollos escolares más normalizados en la infancia y la adolescencia, que en otros perfiles homicidas (Laajasalo and Häkkanen 2004). Estará en función del debut y evolución de la enfermedad, entre otros factores.

#### **B.2.1.5.- Apoyo social (con quien viven) y estado civil:**

En los casos que se ha recogido la variable de con quién viven, casi la tercera parte vive con sus padres (familia de origen), seguido de los homicidas que viven con su propia familia (esposa/pareja) y en tercer lugar se colocan los que viven solos.

El estado civil de los pacientes es una variable relacionada significativamente con las categorías clínicas a pesar de dar unos resultados similares entre categorías, salvo en

los consumidores de alcohol/drogas. En este grupo de pacientes, es donde hay una mayor presencia de sospechosos casados. En las demás categorías predomina la proporción de solteros.

Los estudio comparativos asocian al homicida con la soledad y los bajos apoyos (Elbogen et al. (2009). En nuestra muestra, la soltería es más marcada entre los pacientes psicóticos y los pacientes sin diagnóstico, pero sugieren causas diferentes.

Los pacientes psicóticos viven con sus padres y están, en su mayoría, en situación laboral de incapacidad/jubilación. Las características de la enfermedad y su carencia de habilidades sociales les llevan hacia el aislamiento y la dependencia familiar para cubrir sus necesidades básicas.

**B.2.1.6.-El trabajo** que tienen los homicidas es una variable relacionada de forma significativa con las categorías diagnósticas.

Es una variable poco estudiada, pero un tercio de la muestra está en activo, aunque predominan los trabajos de baja cualificación, como obreros.

Los porcentajes más altos de empleo están en los pacientes sin diagnóstico, con categoría de obreros. En el otro extremo se haya los pacientes psicóticos, donde predomina el paro o la incapacidad, solo algo más del 10% tiene un trabajo.

A pesar de encontrarse, la mayoría de los homicidas, en edad laboral, los estudios muestran altos porcentajes de desempleo (Muchielli 2012), trabajos no cualificados y de bajo salario (Laajasalo 2007).

#### **B.2.1.7.-Victimización:**

Destaca una baja frecuencia de haber sufrido victimización en su infancia, pero se trata de una variable que no se ha estudiado de forma sistemática. Por eso, los resultados parecen más asociados a un fallo de recogida de información que de una verdadera ausencia de victimización. Haber sido maltratado en la infancia es uno de los factores más potentes y más conocidos para todos los tipo de violencia (Raine 2013, Caspi et al. 2002).

La mayor frecuencia de victimización se encuentra entre los Trastornos de personalidad, que está de acuerdo con la abrumadora evidencia que estos homicidas muestran historias de dificultades en primeros años de vida, crianzas en hogares conflictivos y las vivencias de maltrato (Laajasalo and Häkkanen 2004).

#### **B.2.1.8.-Antecedentes legales:**

Predomina la existencia de antecedentes legales entre los consumidores de sustancias y los Trastornos de personalidad, con frecuencias similares, mientras que en los pacientes psicóticos y los homicidas sin diagnóstico tienen frecuencias más bajas.

Las historias de violencia y los antecedentes criminales es una constante en la literatura sobre homicidas con patología de personalidad (Laajasalo and Häkkanen 2004) y no hay que olvidar que el trastorno antisocial se asocia a la delincuencia y a la criminalidad. (Swinson 2013).

### **B.2.1.9.- Violencia previa:**

Es otra variable muy poco estudiada, pero que da resultados positivos en casi la totalidad de los casos analizados. Aunque no es una variable estadísticamente significativa, las frecuencias más elevadas se han detectado entre los Trastornos de personalidad y los pacientes con psicosis.

Laajasalo and Häkkänn (2004) vincularon las condenas previas y los antecedentes de violencia a los trastornos de personalidad y los consumos de drogas. Los homicidas sin diagnóstico, mostraban las cifras más bajas de violencia previa.

Los pacientes sin diagnóstico o “normales” muestran una escasez de antecedentes legales, antecedentes de victimización e historias de violencia. En general, parece que poseen mejores niveles de empleo y vida compartida. Sin embargo, es posible que detrás de la “normalidad” hay historias criminales, infancias e historias de dificultad (Laajasalo (2007).

### **B.2.2.- VARIABLES CRIMINALISTICAS, RELATIVAS AL HOMICIDIO** **(Tabla 6)**

En este conjunto de variables también se visibilizan pocas diferencias entre las categorías de diagnósticos. Son similares los datos relativos al arma utilizada, lugar (domicilio de la víctima y la calle), y tratarse de un homicida único con víctima única.

Parecen compartir características criminalísticas, si bien se trabaja con información parcial. Los homicidas no suelen ser sinceros, exagerando cierta información, como la impulsividad de sus actos o que han estado motivados por gestos de autodefensa, entre otros.

Por eso, se trabaja con fuentes mixtas de información y datos muchas veces parciales que pueden llevar a errores de apreciación.

En dos variables: el móvil y el arma utilizada hay un doble desarrollo, como variable de estudio de los incidentes homicidas (N=151) y como variable asociada a las categorías diagnósticas (N=131). Se hace para simplificar la información y evitar repeticiones que provoquen confusiones.

#### **B.2.2.1.-Móvil**

Se han establecido múltiples categorías para recoger la motivación homicida, encontrando una dispersión de los datos. Sin embargo, destacan dos móviles principales: la riña y la violencia familiar que está desglosada en violencia intrafamiliar y violencia de género (Figura 22).

Puede resultar muy complicado conocer cuáles han sido los motivos de un homicidio, porque la información puede ser insuficiente o hay motivos que se solapan.

Es baja la frecuencia encontrada del móvil de drogas, a pesar de la importancia que ha tenido el consumo de drogas en Bizkaia en los años de estudio. Es posible que dentro del concepto de *riña*, queden incluidas las peleas relacionadas con drogas por impagos,

drogas de mala calidad, lucha por territorios, etc. Sin embargo, no siempre se dispone de información que permita hacer esta discriminación.

Dentro de la violencia familiar se incluye la violencia de género. Los datos relativos a la violencia familiar son similares a los encontrados por el Ministerio del Interior (2011), que calcula que, alrededor del 12% de las víctimas son debido a violencia de género y el 13% a violencia familiar.

Las víctimas de violencia de género N=15, son mujeres y las cifras coinciden con los datos proporcionados por el Informe 2013 del Observatorio de la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad 2014) sobre las cifras de mujeres muertas en el periodo 2003-2013. Las víctimas mortales por violencia de género se distribuyen por todas las provincias y comunidades. La provincia con un número inferior de víctimas es Soria, con un único episodio de violencia de género en el periodo de 10 años. Se trata de una provincia con, probablemente, la menor densidad de población y con una incidencia muy baja de homicidios.

El Informe proporciona datos comparativos por Comunidades Autónomas, siendo la Comunidad Autónoma Vasca la tercera con una tasa más baja de víctimas de violencia de género: 2,3/1.000.000 habitantes, por detrás de Extremadura (1,2) y Cantabria (2,1).

De forma similar a las cifras de homicidios generales, las Comunidades con mayor tasa de víctimas de violencia de género, son Melilla (6,5) y Ceuta (5,9/1.000.000 habitantes). Pero hay que precisar que, en ambas comunidades, solo ha habido dos víctimas en el periodo de diez años, pero dentro de núcleos pequeños de población.

El móvil psicótico implica la presencia de una clínica psicótica, con pérdida del juicio de realidad. Para alcanzar este diagnóstico se cuenta con las propias declaraciones del paciente sobre sus pensamientos, intenciones y conducta o con la evidencia de que son agresiones absurdas, no motivadas, impulsivas e imprevistas, propiamente un “acto loco”.

Cuando se trata de pacientes, con un antecedente psicótico, ha podido haber un sesgo en la valoración forense de la motivación en detrimento de otras motivaciones, aunque pueden coexistir en una misma persona más de un motivo para la violencia.

Hay casos difícil de precisar, por ejemplo en situaciones de conflictos y violencia crónica de pareja en un contexto de celotipia delirante. En estos casos identificar un móvil concreto es difícil e influye la subjetividad del perito, teniendo consecuencias en la valoración forense de la imputabilidad

Si analizamos la trayectoria que tienen los homicidios, en el tiempo, ningún subtipo ocurre todos los años.

Las riñas tienen una presencia más regular y están presentes casi todos los años, aunque parece que tienden a disminuir en el tiempo (Figura 24).

A través de las gráficas de tendencias sobresale el aumento en la violencia familiar y el ligero incremento de las muertes vinculadas a una motivación psicótica (Figuras 23 y 25).

Con los datos de que disponemos, lo más frecuente es que el homicidio sea un acto impulsivo, circunstancial y no planificado secundario a una riña, lo que es concordante con muchas investigaciones tanto europeas como americanas (Dubreucq et al. 2005 y FBI).

El móvil del homicidio es una variable asociada significativamente con las categorías diagnósticas.

La *riña* aparece relacionada con el Tr por consumo de sustancias, que es concordante también con datos relativos al lugar del homicidio (la calle), la hora (madrugada) y la relación que media con la víctima (desconocidos). Las riñas y peleas, aunque pueden producirse en un lugar privado, son típicas de los entornos de los bares. Por cualquier motivo: un empujón sin importancia, una mirada mal interpretada... se crea una escalada del conflicto y pérdida del autocontrol, y puede aparecer una violencia expresiva o reactiva. Las peleas entre desconocidos son difíciles de entender sin el efecto facilitador del alcohol o de las drogas porque al no tener una historia común, no existen conflictos.

Entre personas que tienen una relación, los problemas tienen una historia más elaborada de celos, envidias, problemas laborales, etc, que pueden llevar a escaladas de tensión. En estos casos, el alcohol y las drogas, aunque importantes, no son tan necesarios para explicar la violencia.

Se ha propuesto que entre los desconocidos es más probable que sea el homicida el que esté intoxicado y malinterprete o se moleste por cualquier cosa con la víctima (Felson et al. 2007).

La *violencia familiar*, aparece asociada en nuestro estudio, con las personas con Trastorno de personalidad, si bien entre las personalidades patológicas hay una pluralidad de motivaciones que aparecen muy igualadas.

Las investigaciones en violencia de género (Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) remarcan la prevalencia de trastornos de personalidad entre maltratadores, especialmente del tipo dependiente, compulsivo y paranoide. Son estilos marcados por las obsesiones, la dependencia emocional de la pareja y la tendencia a atribuir a los demás los propios problemas, lo que puede desencadenar violencia grave.

Entre los pacientes antisociales, la violencia de género ocupa el segundo lugar de frecuencia, resultado que parece extraño frente a este perfil de pacientes. Sin embargo, coincide con investigadores como Häggström and Peterson (2012) y especialistas de la psicopatía, como Hare (2000), que opina que el porcentaje de agresores de mujeres con desorden psicopático podría llegar al 25% en EEUU.

Es necesario profundizar en la investigación de la personalidad y la violencia.

La violencia familiar representa un porcentaje pequeño, entre los consumidores de alcohol/drogas. Sin embargo, está documentada la poderosa influencia de los consumos en la violencia doméstica y familia, con el prototipo del “holgazán borracho”. En los protocolos de valoración del riesgo, la evidencia de los consumos son factores de riesgo muy significativos.

Pero, también es verdad, que los resultados de las investigaciones son muy ambiguos. El Informe del Grupo de Expertos en Violencia doméstica y de Género desliga la violencia de género mortal de los consumos, aunque no deja de ser una afirmación respecto a las víctimas mortales en un año concreto (Consejo General del Poder Judicial 2014).



Comparado con otros grupos, los pacientes esquizofrénicos actúan menos movidos por riñas, peleas o motivaciones económicas. Pero no hay que olvidar que los psicóticos son una población heterogénea, que no siempre están en brote agudo y no son ajenos a problemas de la vida, la venganza, la premeditación y planificación de sus actos. No toda la conducta de los enfermos está relacionada con la psicosis ni todos los esquizofrénicos muestran formas “puras” de la enfermedad.

En los pacientes sin diagnóstico o “normales” el homicidio está relacionado con una pluralidad de motivos, en proporciones muy igualadas. En primer lugar de frecuencia se encuentran los homicidios por motivación pasional/sexual, que también están presentes en los Trastornos de personalidad.

El homicidio sexual es un tipo de muertes que no cuenta con definición estandarizada (Chan 2012) y una muerte la hemos clasificado como sexual por los hallazgos biológicos o signos de violencia sexual, encontrada en el cuerpo de la víctima. Los hallazgos hay que analizarlos con cautela ya que la presencia de semen o signos de actividad sexual, pueden sobredimensionar este subtipo de homicidios, que representa el 10% en nuestra muestra, muy por encima de las cifras estimadas en otras investigaciones (FBI relativos al 2012 y Chan 2012).

La importancia de la motivación sexual entre los pacientes sin diagnóstico puede sugerir una disfuncionalidad subyacente, aunque todo lo sexual tiene un componente de impulso.

En los pocos trabajos en que se ha investigado el homicidio de personas sin diagnóstico, se ha relacionado con las peleas o reacciones ante la frustración, amenaza o insulto (Hakkanen and Laajasalo (2006). Los trabajos señalan la alteración afectiva en contextos de peleas o en el curso de un delito como un robo (Richard-Devantoy et al 2009.a).

En estudios internacionales (UNODC 2012, UNODC 2014) se trata de una forma de violencia muy estable en el tiempo, con una prevalencia calculada del 5% del total de los homicidios, similar a nuestras cifras (Figura 22).

#### **B.2.2.2.-Relación con la Víctima:**

Muy asociado a la motivación es la relación con la víctima, coherente en resultados con las diferentes categorías y con los modelos generales de las investigaciones (Rodway et al. 2009) y similares a Hakkänen y Laajasalo (2006).

Sin embargo, llama la atención que las personas con un Trastorno de personalidad sea la categoría de amigos/conocidos seguido de un miembro de la familia y en tercer lugar de frecuencia un desconocido, mientras que ha destacado como móvil la violencia familiar.

Si observamos con detenimiento las cifras del Trastorno de personalidad, hay diferencias poco marcadas en los resultados relativos al tipo de *relación* con la víctima y en el *móvil* del homicidio.

En relación al móvil, destaca la violencia familiar, con frecuencias similares en la riña o el móvil pasional/sexual y el robo, que pueden afectar a los amigos/conocidos del agresor. Por otro lado, los trastornos de personalidad, son una categoría diagnóstica

heterogénea, que engloba una realidad compleja, muy variada en subtipos, con estilos de funcionamiento muy diferentes y, hasta dispar, que justifican estos resultados.

Las víctimas de los enfermos psicóticos son, sobretodo, familiares y conocidos. Estos resultados son lógicos porque son pacientes con baja sociabilidad, tienen pocos amigos y pocas ocasiones de interactuar con extraños. Destaca la mayor presencia de víctimas mujeres, son casi la mitad de las víctimas, propio de la violencia que incide dentro de la familia. Se ha estimado que la persona que está en más riesgo de sufrir la violencia es la madre, especialmente si hay consumos de alcohol y de drogas (Estroff and Zimmer 1994).

Es muy rara la presencia de extraños o desconocidos entre sus víctimas y parece característico de los primeros episodios psicóticos y de las psicosis no tratadas (Nielsen et al. 2009) o con la marginalidad del psicótico vagabundo (Nielsen et al 2011). También se ha encontrado que cuando agreden a un extraño, éste suele pertenecer a ciertas profesiones, como sanitarios o miembros de cuerpos de seguridad, o personas que les limitan por su actitud o comportamiento extraño (Nordstrom 2004).

#### **B.2.2.3.-Momento temporal:**

Ya hemos comentado en la muestra general del homicidio, que la frecuencia de casos aumenta según pasan las horas del día.

Sin embargo, aunque no es una variable significativa, las frecuencias varían para cada grupo clínico.

Especialmente en los Tr. por consumo de sustancias, los casos ocurren principalmente a la madrugada. Esta concentración de casos sugiere asociada a los modelos de consumos de alcohol y drogas en España y a su vida de ocio nocturno, en entornos de calle.

En la psicosis y, de forma característica, los episodios violentos ocurren, con más frecuencia, a la mañana.

#### **B.2.2.4.-Actuación tras los hechos:**

Más de la mitad de la muestra está formada por acusados que se dan a la fuga u ocultan los hechos o lo intentan. Esto significa que su identificación y persecución son el resultado de la investigación policial, a la que contribuye el estudio forense.

La capacidad de resolución de los casos depende de la causa del homicidio, así los crímenes vinculados a bandas y tráfico de drogas parecen más difíciles de resolver que otros tipos de homicidios (Cotter 2014). Hay algunos casos que han sido resueltos tras breves periodos de tiempo, mientras que otros han necesitado de largas y laboriosas investigaciones. No se ha tenido en cuenta esta información, que podría ser relevante para investigaciones futuras.

De esta tendencia general, destacan por diferentes, los psicóticos que tienen una mayor frecuencia en que se entregan, aproximadamente la mitad. Es un dato que parece relacionado con las capacidades y recursos de los homicidas.

Sería de esperar, que cuanto más enfermo o disfuncional sea un paciente, tanto menor será su capacidad de respuesta para evitar su propia detención, permanecido en el lugar de los hechos o entregándose. Sin embargo, entre los pacientes psicóticos también se han dado a la fuga lo que parece contradecir la expectativa en base a su enfermedad. Como fuga se entiende la conducta que intenta ocultar lo ocurrido o abandona el lugar espontáneamente para no ser descubierto. Pero, en estos enfermos, abandonar el lugar puede no ser propiamente una fuga, sino una deambulación o, un caminar, sin rumbo.

#### **B.2.2.5.-Armas**

En la totalidad de la muestra, tanto a nivel global como, en el análisis por categorías diagnósticas, el arma más frecuente es el arma blanca, seguidos a gran distancia, de las armas de fuego y con una proporción similar a la acción contusiva de manos/pies, por objetos y mecanismos asfícticos. (Figura 26).

Las armas blancas son el método más utilizado, probablemente por su disponibilidad. Nuestros resultados son similares a los encontrados en otras investigaciones españolas y europeas (Lucena et al. 2008 y Consejo General del Poder Judicial 2014).

Este hallazgo nos habla de formas de violencia expresiva, reactiva, que se sirve de métodos “de oportunidad”, fácil de obtener en el entorno, como cuchillos, tijeras, un martillo, etc. En general, toda la investigación coincide con estos hallazgos, aunque en cada entorno cambia la oportunidad de los objetos.

En un caso, el método de muerte ha sido por intoxicación. Hay poca bibliografía sobre este tema, pero la “intoxicación por drogas”, es un método homicida que para un toxicómano puede ser un objeto de oportunidad, muy fácil. Un ejemplo es el uso de la metadona en niños (Rodway et al. 2008).

En Finlandia y otros países nórdicos, los objetos de oportunidad son el armas blancas y objetos contundentes (Wahlsten et al. 2007), patear y matar a puñetazos (Hakkanen and Laajasalo 2006) o las armas de fuego (Laajasalo (2007).

Aunque muchos estudios vinculan el arma con el género del homicida, nosotros no la hemos encontrado. De acuerdo a la literatura, las armas blancas son usadas tanto por hombres como por mujeres (Appleby et al. 2001) mientras que las armas de fuego se relacionan con los homicidas varones y jóvenes del “homicidio de calle” y del crimen organizado, como es el caso de Holanda o el sur de Italia (Ganpar et al. 2011).

Estudios comparativos entre continentes, muestra que en América predomina el arma de fuego (UNDOC 2012 y 2014) y en Europa el arma blanca aunque se distribuye de forma desigual: en Inglaterra y Gales representa el 35% (Rodway et al. 2009), cerca de la mitad de los homicidios en Finlandia y Suecia (Ganpar et al. 2011) y el 100% de los homicidios de Islandia (UNDOC 2014). Los países con mayor tasa de homicidios por arma blanca son Kyrgyzstan, Estonia y Lituania, (OMS 2002).

En los Trastornos de personalidad, el segundo método de muerte más frecuente es la asfixia. Hay estudios que asocian las caracteriopatías con la asfixia por estrangulación, aunque cuenta con menos evidencias (Hakkanen 2005). Comparativamente, la metodología homicida en los trastornos de personalidad también es muy variada y asociada a la pluralidad de la muestra.

Las asfixias mecánicas son mecanismos raros y poco estudiados, pero mi opinión personal es que, junto a las intoxicaciones, son mecanismos de homicidio infravalorados. Pueden pasar desapercibidos en un estudio inicial del cadáver, necesitan estudios necrópsicos precisos y análisis toxicológico, que parten de una sospecha.

Las asfixias mecánicas, como la estrangulación, parece relacionada con la violencia doméstica y rituales homicidas ( Fineschi et al. 1998) sadismo sexual ( Warren et al 1996) y actividades sexuales sadomasoquistas (Baik and Uku 1988, todas estas referencias en Häkkanen 2005).

Las contusiones (agresión con objetos o las agresiones “sin armas”) son mecanismos significativos en nuestra muestra, aunque aparecen menos en las estadísticas internacionales (Ambade et al. 2007, Megan and Mouzos 2007 y Kivivuori et al. 2007).

En los pacientes psicóticos se constata la presencia del arma blanca y escasamente armas de fuego. Es poco probable que en España se de una licencia de armas a un enfermo mental grave. En la investigación de Rodway et al. (2009) los pacientes psicóticos llevan armas blancas u objetos contundentes, como respuesta a sus síntomas psicóticos, que le provocan percepción de peligro y de amenaza. Llevar armas incrementa el riesgo de violencia futura.

#### **B.2.2.6.-Lugar**

Es una variable muy relacionada con el móvil y la relación existente entre agresor y víctima. Predominan los homicidios en espacios privados, especialmente el domicilio de la víctima. El domicilio de la víctima, que es frecuentemente el lugar de convivencia común con el agresor, es el escenario preferente de los pacientes psicóticos con un mínimo de frecuencia en los pacientes con un Trastorno por consumo de sustancias.

En el homicidio de éstos últimos, que implica a extraños, tiene lugar en la calle, escenario ya apuntado como propio de peleas o altercados.

Entre los pacientes sin diagnóstico y los Trastornos de personalidad, se aprecian frecuencias muy similares entre la calle y el domicilio de la víctima.

## **B.2.3.- VARIABLES CLINICAS**

### **B.2.3.1.-PSICOSIS**

La muestra de homicidas psicóticos es pequeña, representa el 19% de las personas exploradas y el 16% del total de la muestra, pero en una proporción muy superior a la prevalencia de la psicosis en población general.

Las características de la enfermedad y los propios deterioros que conlleva les hace más propicios para ser detenidos, enjuiciados y sometidos a condena judicial, frente a otros homicidas con otros diagnósticos y capacidades intactas.

Si las cifras de homicidas psicóticos las comparamos con los datos publicados, la mayor parte de las investigaciones cifran la proporción de psicóticos entre el 10-20% (Fazel y Grann 2004), aunque hay casos más extremos como Barbera Pera (2005) para el cual representa el 59.6 %. Hay muchas diferencias metodológicas que están en la base de discrepancias de resultados.

Como ya se ha señalado, la psicosis comparte con la población general y con la violencia, muchos factores de riesgo, que pueden ser estables o ser factores dinámicos y variables como el estadio de la enfermedad (Bo et al 2011).

Se confirma en nuestra investigación que aunque 15 pacientes habían sido ya diagnosticados de psicosis y tenían un tratamiento pautado, 12 de ellos lo habían abandonado y 3 de ellos lo tomaban de forma irregular y sin seguimiento médico. Esto implica que ninguno de los pacientes homicidas mostraba un buen control y seguimiento.

Se ha constatado que la inexistencia o el abandono del tratamiento, junto a la comorbilidad del consumo de alcohol y drogas, son las variables más relevantes en la violencia de los pacientes psicóticos (Fazel et al. 2010).

Se trata de un conjunto de pacientes sobre los que habría que dirigir la prevención y gestión del riesgo de violencia, ya que ambas variables multiplican por dos el riesgo de violencia (Swartz et al. 1998).

### **A.-Comorbilidad (Figura 28)**

En lo que hay bastante acuerdo en los múltiples estudios, es que los pacientes psicóticos violentos son una población heterogénea, en la que intervienen factores muy importantes como la personalidad previa o la comorbilidad de alcohol y drogas. Aunque partimos de una muestra de pacientes pequeña parecía interesante discriminar, a nivel meramente descriptivo, en qué medida estos factores comórbidos estaban presentes y con qué variables del estudio se relacionaban (Tabla 7).

La comorbilidad es muy frecuente entre los pacientes psiquiátricos en entornos forenses, principalmente psicosis y trastornos de personalidad. Hay datos que en poblaciones forenses asociadas a violencia grave, la comorbilidad más frecuente es el policonsumo de alcohol/drogas y el trastorno antisocial de la personalidad (Swinson 2013).

La comorbilidad está relacionada con la forma de presentación de la violencia en los pacientes psicóticos que, de acuerdo a la tipología propuesta por Hodgins (2008.2) son de “inicio precoz” o de “inicio tardío”.

**(A.1).**- Algo menos de la mitad de la muestra son **psicóticos “puros”** sin comorbilidad y que carecen de antecedentes de violencia o historias delictivas (Tabla 7).

Esta clasificación viene a reflejar que en la violencia admite trayectorias muy diferentes entre sí. En estos pacientes y, a diferencia de los psicóticos con comorbilidad, la violencia parece muy relacionada con la propia enfermedad y con sus síntomas. Cuentan con pocos antecedentes e historias conocidas de violencia y la violenta parece debutar tras manifestarse la enfermedad.

Aunque nos movemos en cifras de pacientes muy bajas, representan casi la mitad de los enfermos y viene a contradecir la idea que el riesgo de violencia derivado de la psicosis es mínimo y que el riesgo hay que buscarlo en factores disposicionales o contextuales (Elboguen et al. 2009) o en la comorbilidad, especialmente de alcohol y de drogas (Fazel et al. 2009.2) y no en la propia enfermedad.

En estos pacientes la violencia sería de “inicio tardío” relacionada con la aparición de la enfermedad.

Sería previsible la efectividad de los tratamientos farmacológicos para prevenir la aparición de la violencia, al eliminar los síntomas psicopatológicos que la generan.

**(A.2).**- **Psicóticos con comorbilidad** nos dibuja a otra población de homicidas en que la combinación de la personalidad, el consumo de alcohol/drogas y la propia psicosis determinan una trayectoria hacia la violencia diferenciada de las formas “puras” de psicosis, en línea de lo definido por algunos investigadores (Bo et al. 2011).

Este grupo podría corresponder a los psicóticos con una violencia de “inicio precoz” (Hodgins (2008.2) basada en rasgos antisociales precoces que determinan historias de violencia temprana y continuada en el tiempo. La presencia significativa de antecedentes legales y antecedentes de violencia son importantes en el resultado homicida, no solo la propia enfermedad.

La comorbilidad de la psicosis con el consumo de alcohol/drogas se estima como muy frecuente en muestras clínicas, y es un factor de riesgo frente a la propia psicosis (Gonzalez Pinto et al. 2008). Se ha descrito como factor multiplicador de la violencia de los enfermos mentales graves (Fazel et al. 2009.1).

Las drogas y el alcohol pueden provocar una intoxicación, dependencia o síndrome de abstinencia, con efecto directo en la violencia o indirecto, agudizando la clínica psicótica.

La violencia no necesariamente tiene un móvil psicótico, Se diversifican las motivaciones, como la presencia de *riñas* y peleas o la *violencia familiar*. Sin embargo, esto no significa que sean equivalentes en su funcionamiento a la población “normal” . En cada caso hay que investigar el peso concreto que tiene la patología en el delito.

De la totalidad de 11 pacientes psicóticos que consumen sustancias, en 4 personas se trata de alcohol, cifra pequeña. No hemos encontrado una sustancia que destaque por su frecuencia. Parece que el tipo concreto de sustancia que consumen, está más ligado a la disponibilidad de la droga que a la búsqueda concreta para paliar un síntoma específico de la enfermedad (Nordstrom 2004).

Las cifras de comorbilidad con los consumos, a pesar de tratarse de unas cifras muy pequeñas, son equivalentes a las frecuencias mostradas en poblaciones de psicóticos violentos (Fazel y Grann (2004) y Laasajalo (2007).

La comorbilidad con el trastorno de personalidad también parece favorecer el consumo de alcohol/drogas. En entornos forenses, son frecuentes las comorbilidades, con dos, tres o más diagnósticos, que han de ser tenidos en cuenta para el diagnóstico, las conclusiones médico-legales y la gestión del riesgo.

La personalidad del paciente es un factor decisivo que modula las relaciones entre la psicosis, la violencia y los consumos. Solo hemos identificado un paciente con personalidad antisocial, subtipo esperable en las muestras de homicidas, pero en cifras más bajas de lo previsto. Es más que posible que no se haya valorado de forma precisa esta variable, especialmente en periodos psicopatológicos floridos que eclipsan sus rasgos caracteriales.

En esta submuestra, se hipotetiza que los tratamientos antipsicóticos no sean tan efectivos en la prevención de la violencia. Parece muy importante dirigir la atención preventiva hacia la comorbilidad de los consumos.

No hemos encontrado diferencias llamativas entre los psicóticos según el tipo de comorbilidad. Es probable que con muestra clínicas más numerosas se pondrían de manifiesto diferencias entre los psicóticos con comorbilidad única, frente a la doble comorbilidad (Tr, de personalidad+ T. consumo de sustancias).

## **B.-Psicosis actual**

**(B.1).- Diagnóstico:** En la muestra, la esquizofrenia es la psicosis más frecuente, especialmente la esquizofrenia paranoide, seguido del trastorno delirante.

La presencia de la esquizofrenia y especialmente el tipo paranoide es un hallazgo común en la violencia.

Los trastornos delirantes cuentan con poca investigación, aunque los trabajos de evaluación de riesgo de violencia, lo señalan como un factor de riesgo muy importante para la violencia grave (Millaud and Dubreucq 2005). Es característicos de los hombres y alcohólicos y aparecen relacionados con la violencia de género, con delirio de celos o celotipia. Se incluyen, también, los delirios persecutorios o autorreferenciales, en las que el paciente se siente perjudicado o perseguido creándole una situación de amenaza, que puede determinar el paso al acto (Richard-Devantoy et al. 2008).

### **(B.2).- Curso clínico:**

La media de edad de los tres subgrupos ha mostrado diferencias estadísticamente significativas

### **(B.2.1).- 1º episodio psicótico**

Tenemos una frecuencia muy baja de homicidios en 1º brote lo que contrasta con importantes estudios que lo consideran un periodo de especial riesgo y frecuencias muy altas de homicidios (Large and Nielssen, 2011; Nielssen and Large, (2010)

Todas las víctimas pertenecían a la familia directa del homicida, dos de ellas mujeres, y que muestran que cuanto más grave es la violencia de los esquizofrénicos tanto más va dirigida contra sus familiares.

### **(B.2.2).- Brote agudo:**

Agrupar a casi la mitad de la población psicótica, con una media de edad algo superior a la muestra general de los homicidas.

Se ha confirmado por abundante bibliografía la correlación positiva entre violencia y fase aguda de la enfermedad (Taylor (1985), Laajasalo (2007), Nielssen et al. (2007) y Nordstrom (2004).

No hemos incluido en este trabajo el contenido y tipo concreto de los síntomas que, sin embargo, si es necesario estudiar para establecer conclusiones médico-legales El proceso pericial es reconstructivo y se tienen en cuenta el contenido de los síntomas, para poder saber si se relaciona causalmente con el delito.

La violencia ha ido dirigida preferentemente hacia los familiares aunque también hay presencia de conocidos y de dos desconocidos.

### **(B.2.3).- Psicosis crónica.**

Presentan una media de edad que es la más alta respecto de las otras formas de psicosis y de otras formas de patología. Intuitivamente es de prever que la cronicidad del proceso conlleva una edad superior.

Un paciente con un trastorno delirante pueden ser un reto pericial y judicial porque puede tener áreas de funcionamiento personal y habilidades organizativas que pueden facilitar la violencia homicida. Puede mostrar una violencia planificada y premeditada, mediada por un delirio de celos, persecutorio o de perjuicio, que habría que diferenciar de los pensamientos deliroides y sobrevalorados.

Es especialmente difícil la valoración de casos en que coexiste un prolongado conflicto entre personas, como la violencia de pareja y en que se inserta una ideación patológica, por ejemplo, una celotipia favorecida por un alcoholismo. En estos casos, es necesaria una ponderación de factores en la que participa la subjetividad del perito.



### **B.2.3.2.- TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

Hemos encontrado un 45% de acusados de homicidio que presenta, como diagnóstico principal, un Trastorno de personalidad. Los trastornos de personalidad son, con unanimidad, uno de los diagnósticos más prevalentes en muestras penitenciarias y forenses (Eronen et al (1996) y Swinson (2013).

Representan el grupo diagnóstico más numeroso y muy solapado con los consumidores de sustancias con los que comparten características. Cuando en una misma persona, coexisten ambos diagnósticos, se ha dado preferencia al diagnóstico de Trastorno de personalidad.

Estudios con homicidas han encontrado prevalencias de trastorno de personalidad como diagnóstico principal en un 5,8% de los acusados y en un 11.3% como diagnóstico secundario (Fazel and Grann. 2004), mientras que Côté et al. (1992 en Flynn 2013) establece una prevalencia del 55.2%, en una muestra de convictos de homicidio en Québec.

Es probable que las cifras globales de trastornos de personalidad tengan baja fiabilidad, por la ausencia de datos en una parte significativa de homicidas.

Los diagnósticos no se basan en pruebas estandarizadas de rutina sino en entrevistas semiestructuradas, lo que puede cuestionar la fiabilidad de los diagnósticos.

No todos los tipos de personalidades son igual de evidentes en las exploraciones, ni poseen el mismo nivel de gravedad. En entornos forenses puede ser muy complicado acceder a la información válida y complementaria, reglada o informal (familiares, amigos) que puede ser muy útil en los diagnósticos. Los pacientes pueden minimizar, ocultar o distorsionar la información, intentando mostrar una imagen socialmente aceptable y virtuosa.

Las personas con elevados rasgos de psicopatía pueden mostrar una violencia instrumental, más difícil de aprehender y formar parte de los homicidas no identificados. Al no existir secreto médico, en las evaluaciones forenses, un paciente difícilmente reconocerá la planificación o meta de un homicidio. Lo habitual es sesgar o distorsionar la información ocultando aquellos datos que pueden tener un impacto negativo en la sentencia o medida judicial.

Hemos encontrado una mayor presencia de subtipos de personalidad antisocial y de tipos mixto, de forma similar a otros trabajos (Laajasalo and Häkkanen 2004) aunque muchísimas investigaciones, señalan como más prevalentes los tipos antisocial y los borderline (Coid et al. 1999 en Short et al. 2012). Los trastornos del Cluster B comparten la impulsividad y la irritabilidad lo que facilita el paso al acto violento (Coid et al. 2006b).

Hemos trabajado con el Trastorno antisocial de la personalidad, no con el constructo de la psicopatía.

La existencia de una historia delictiva y la evidencia de violencia previa podría favorecer el diagnóstico de un trastorno de personalidad antisocial, al tratarse, en si mismo, de un criterio diagnóstico del trastorno (Coid et al. 2006a).

No hemos diferenciado, a nivel de este estudio, los tipos concretos de personalidad recogidos bajo las formas mixtas, aunque en las periciales forenses sí se concretan los rasgos de la personalidad.

Para Millon y Everly 1994 (en Rodríguez-Quiroga et al. (2015) hay tres tipos de personalidad mixta asociadas a la violencia: antisocial-narcisista, antisocial-paranoide y antisocial-histriónico.

Los resultados que hemos obtenido, en las distintas variables, en los trastornos de personalidad, son muy heterogéneos y de difícil comparabilidad. Bajo el epígrafe de Trastornos de personalidad, se reúne estilos muy diferentes, que pueden compartir, entre ellos, muy pocas características, lo que lleva a la pluralidad de resultados.

#### **B.2.3.2.1.-Comorbilidad**

**(A).-Tres cuartas partes de los pacientes con trastorno de personalidad muestran un consumo perjudicial de alcohol y drogas.**

Los tipos de personalidad con comorbilidad que hemos identificado, y por orden de frecuencia son la personalidad antisocial, seguido del trastorno mixto y en tercer lugar el trastorno límite. Se trata de subtipos de personalidad esperados y que coinciden con las publicaciones, especialmente en muestras forenses de delincuentes violentos (Palijan et al. 2009).

La alta comorbilidad entre el trastorno de personalidad y los consumos, puede sobrediagnosticar, en entornos forense, los trastorno de personalidad ante la evidencia de los consumos (Swinson 2013). La comorbilidad es del 58%, en una muestra sueca (Lindqvist 1991 en Swinson 2013) y del 51% en una muestra finlandesa (Putkonen et al. 2004).

Está bien documentada la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y el consumo de alcohol y de drogas, especialmente del Cluster B (Grant 2004). En homicidas, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre ser antisocial y la politoxicomania (Palijan et al. 2009).

La comparabilidad de variables, entre los trastornos de personalidad, con/sin comorbilidad da pocas diferencias significativas (Tabla 8), aunque el pequeño tamaño muestral puede justificarlo. Es previsible que con muestras más numerosas, especialmente de homicidas sin comorbilidad, hicieran evidente diferencias entre ambas poblaciones. Hay que recordar que los trastornos de personalidad y los trastornos por consumos comparten los mismo factores de riesgo psicosocial, lo que les homogeniza (Laajasalo (2007).

Así, la comorbilidad se relaciona con una historia delictiva previa y con una mayor (aunque no significativa) frecuencia de violencia anterior (Tabla 8). Estos resultados, son propios de las personalidades antisociales, con prolongadas historias de delincuencia y criminalidad.

Dada la frecuencia del tipo antisocial y de los policonsumos, asociados a intervalos bajos de edad, era esperable que la comorbilidad se asociara a una media de edad más baja, frente a los trastornos sin comorbilidad. Este hecho no se produce. Es probable que se deba a la importancia del consumo de alcohol, que aparece en todos los tramos de edad.

La personalidad antisocial se ha relacionado, en poblaciones de homicidas, con el alcoholismo tipo II de Cloninger (Swinson 2013).

Una variable significativa es el tipo de arma utilizada, a pesar de ser el arma blanca el arma más frecuente en ambas categorías. La pequeña muestra de Tr de personalidad sin comorbilidad, presenta una pluralidad de armas o métodos homicidas. El uso del arma blanca es casi similar al uso del arma de fuego, resultado sorprendente.

Más allá de la vinculación que tienen las armas de fuego con ciertos homicidios (como el crimen organizado) en nuestros entornos rurales, los hábitos de caza hace frecuente la posesión de escopetas que pueden ser utilizadas como objeto homicida. Podría tratarse de una circunstancia ajena al consumo de tóxicos.

**(B):-** El 12% de los homicidas con caracteriopatía tienen, además, una **discapacidad intelectual**.

La discapacidad intelectual es una patología asociada estadísticamente a la violencia, y la delincuencia, que podría merecer en sí misma una categoría diagnóstica.

Sin embargo, es una variable que, a pesar de su importancia, no ha sido adecuadamente medida (especialmente en los primeros años de este estudio), ni medida de forma rutinaria, por lo que solo se recoge como dato complementario.

Muchos pacientes con déficit intelectual, en muestras forenses, son personalidades disfuncionales de características paranoides o antisociales. La restricción intelectual conlleva alteraciones en la capacidad cognitiva, problemas emocionales y alteraciones del comportamiento. Los sentimientos de humillación o de haber sido agredido o amenazado pueden asociarse a la impulsividad y la venganza. En otros casos, en un intento de socialización y búsqueda de relaciones, se asocian a personas disfuncionales o marginales (Bénézech et al 2002).

#### **B.2.3.2.2.- Trastornos de personalidad reagrupados**

Se ha reagrupado la muestra de Trastornos de personalidad en tres categorías TP antisociales, TP mixto y TP *otros* (que agrupa, los demás subtipos diagnósticos, una miscelánea de personalidades, aunque realmente comparten pocas características) (Tabla 9).

Se han comparado las variables generales y que a priori parecían más relevantes.

Entre los TP antisociales se localizan a los homicidas más jóvenes (cuatro menores de 18 años), una mayor frecuencia de violencia previa y significativa presencia de antecedentes legales.

Los antisociales son la categoría con una mayor comorbilidad con el consumo de sustancias, especialmente de policonsumos. Estos resultados son propios de los consumidores más jóvenes, tanto en homicidas como en población general. Sin embargo,

la media de edad más elevada de los antisociales también indica la importancia del consumo de alcohol.

Las variables encontradas son coherentes con los criterios diagnósticos del propio trastorno, la precocidad en los trastornos de conducta y los problemas legales, relacionándose con la violencia juvenil.

Habría que recordar que dentro de los antisociales, se identifican categorías y subtipos diferenciales en su relación con la violencia. No todos los antisociales son iguales y pueden ser personas muy frías y racionales o irritables y fácilmente perturbables. Esto puede justificar que en unos casos la violencia sea instrumental y en otros reactiva-impulsiva, o que la violencia se vea impulsada por una riña o por una violencia familiar.

Aunque la mayoría de los antisociales delinque solo, también merece señalarse que un porcentaje de sujetos antisociales actúa en grupo. Pero, se puede decir que suelen ser personas muy autónomas, que no necesitan de nadie para llevar a cabo sus acciones.

En los trastornos de personalidad mixtos, se ha encontrado muchas similitudes en los resultados de las variables con los trastornos antisociales. Son muy parecidos los resultados en los *antecedentes legales* y la *violencia previa*, que sugiere comparten ambas categorías rasgos antisociales.

Dentro de la categoría *otros* están los homicidas con personalidades de los tres Cluster, lo que les convierte en una población plural y poco cohesionada. En esta categoría están las personalidades bordelines y las personalidades del Cluster C, caracterizadas por la ansiedad, los temores e inhibiciones que son rasgos que se atenúan con el envejecimiento permitiendo la emergencia de impulsos criminales (Laajasalo et al. 2013). En esta categoría se registra una mayor presencia de mujeres, aunque dentro de cifras bajas. Los estudios con homicidas femeninas, muestran altas prevalencia de trastorno de personalidad, especialmente del Cluster B (Putkonen et al. 2001).

También aparece en esta categoría una mayor y significativa presencia de agresores extranjeros a lo que es difícil de interpretar. Se trata, en cualquier caso, de cifras pequeñas que limita su valoración.

No hemos encontrado diferencias en el arma que utilizan en los homicidios, destaca el arma blanca en todos los grupos diagnósticos. Se trata de un objeto de oportunidad, propio de los homicidios impulsivos y emocionales.

En este mismo sentido señalar que las variables diferenciales y relacionada con cada categoría de TP es el *móvil* del homicidio, la *relación con la víctima* y la existencia, o no, de *antecedentes legales*.

En los trastornos antisociales hay una pluralidad de móviles homicidas, y de frecuencias similares. Pero, en primer lugar de frecuencia, se identifica la *riña* seguido de la *violencia familiar*. En las personalidades mixtas la *violencia familiar* está en primer lugar y en la categoría de personalidad *otros* el móvil *pasional/sexual* destaca, aunque en proporción similar a la *violencia familiar*.

Los homicidios de tipo pasional/sexual se relacionan con la categoría de TP *otros*. Es un tipo de homicidios que cuenta con poca investigación y a priori se le relaciona con la psicopatía y el sadismo (Porter, et al. 2003). Hay estudios que lo relaciona con otras

personalidades, como la borderline y esquizoide (Hill, Habermann, Berner and Briken 2007 citados en Kerr et al. 2013) u obsesivo-compulsivos (Meloy 2000).

Britain en 1970 (citado en Kerr et al. 2013) puntualizó que se trata de homicidas con una personalidad menos poderosa y dominante de lo esperado, predominando en ellos la inseguridad, la ansiedad y la debilidad.

Es necesario profundizar en la investigación de la personalidad y la violencia



### **B.2.3.3.- TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

El Trastorno por consumo de alcohol/drogas representa un 21% de la muestra homicida, como categoría principal de diagnóstico, pero la cifra se eleva hasta el 72% si incluimos el consumo de alcohol/drogas, como categoría secundaria (Figura 30). Esta última cifra es muy elevada y orienta hacia la importancia de los consumos en la emergencia de la violencia.

El consumo de alcohol y drogas está considerado como uno de los principales factores de riesgo en las conductas violentas y de los homicidios. Así lo sugieren muchas investigaciones: The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, (Appleby 2013) en Reino Unido, Wahlsten et al. (2007), Megan and Mouzos (2007) en Australia y Eronen et al. (1996) en Finlandia.

Sin embargo, hay poco consenso sobre cuál es la relación específica que hay entre los consumos y el homicidio.

Richard-Devantoy (2009) define la relación entre el alcohol y el homicidio en tres niveles: El primer nivel está representado por el etilismo crónico que sería un diagnóstico principal (factor-rasgo); un segundo nivel, en que el alcohol participa como una comorbilidad (factor-rasgo) con una patología del Eje I-II del DSM-IV y un tercer nivel en que el alcohol es consumido en el momento del acto homicida (factor estado).

Excepcionalmente, a nivel clínico, vamos a tener en cuenta los datos de las 95 personas que han referido un consumo de alcohol/drogas.

El establecimiento de las categorías de diagnóstico principal es un artificio para este estudio, porque en los entornos forenses se trabaja con la totalidad de la información clínica.

Supera claramente, en número, la frecuencia del consumo de sustancias como diagnóstico secundario y no como diagnóstico principal y va en la línea de las investigaciones que señalan la importancia que tienen los consumos y la comorbilidad, en el comportamiento violento de los enfermos mentales (Wallace et al. 2004).

Existe una elevada comorbilidad del consumo de alcohol/drogas en los trastornos de personalidad (50-90%), trastornos afectivos (20-60%) y psicosis (15- 20%) (Palijan et al. 2009).

En investigaciones forenses se ha señalado, que el diagnóstico aislado, de un abuso o una dependencia a sustancias, es un hecho muy raro. Más bien, los consumos forman parte de constelaciones diagnósticas múltiples, en los que la enfermedad o el trastorno puede haber pasado desapercibido (Fortuna 2009).

Desde un punto de vista médico-legal, se parte, en muchas ocasiones, de las referencias que hacen los homicidas, en relación a un consumo previo al acto. El consumo referido suele justificar que diga no recordar lo ocurrido, haber sido dirigido por impulsos ajenos a su personalidad, aportar historias confusas y contradictorias, con lagunas en el recuerdo... Puede ser un comodín bajo el cual se dan las explicaciones más inverosímiles y contradictorias. Otras veces, hay información periférica (testigos, policías, información médica...) que sugiere la existencia, o no, del consumo y la intoxicación en el momento de los hechos.

El mero consumo no implica una afectación de la conducta ni un papel significativo en el acto violento. La pericia forense busca concretar en qué medida dicho consumo ha influido en la conducta delictiva.

Solo hemos confirmado el consumo, por medio de analíticas, en un tercio de los acusados. Aunque a priori son cifras analíticas bajas, no son estudios sistemáticos que se realicen en todos los entornos forenses de España o del extranjero (Wahlsten et al. 2007).

La recogida de muestras biológicas, sangre y orina, requiere de unas circunstancias periciales no siempre posibles, especialmente en los primeros años del estudio. Recientemente se ha implantado el estudio, químico-toxicológico, del cabello que permite estudios retrospectivos más amplios.

Las analíticas toxicológicas son datos importantes pero no determinantes de la pericia. Requieren de una valoración e interpretación forense, junto con otros datos disponibles, para ver si cumplen los requisitos jurídicos de adicción, intoxicación plena, síndrome de abstinencia y dependencia.

En cada paciente, tanto en los abusos como en las dependencias, el estudio es individualizado. Se concreta las sustancias e historia del consumo, vías de administración, dosis y frecuencia y se relacionan con las características personales. Las analíticas forenses pueden ser sustituidas por otras fuentes de información, como los atestados policiales que puede recoger las alcoholemias o pruebas de detección de drogas en aire expirado, analíticas de sangre en centros hospitalarios o las declaraciones de testigos, entre otros.

No hemos incluido los resultados toxicológicos de las víctimas, aunque es una información disponible y de rutina en las autopsias por muerte violenta (prácticamente el 100% de los casos) en el IVML.

Un tercio de la muestra consume solo alcohol (n=33) y otro tercio (n=33) tres o más sustancias (politoxicomanía con presencia de alcohol asociado a cánnabis, cocaína, psicofármacos y psicoestimulantes). No hemos establecido comparativas específicas en las circunstancias de los homicidios, dado el papel de la comorbilidad del alcohol/drogas.

En este estudio y en las valoraciones médico-legales, nos centramos en el efecto proximal o inmediato del consumo (Goldstein 1995), aunque se apunta a que son factores insuficientes para explicar esta relación (Miles 2012).

La mayor parte del consumo es en forma de abuso, que aunque es una definición que ha desaparecido de la DSM-5, es útil a nivel pericial. Se ha estimado que un 37% de las personas estaba intoxicada en el momento del homicidio y un porcentaje mínimo mostraba un síndrome de abstinencia.

El pico del consumo global de sustancias está entre los 19-29 años, seguido del intervalo entre los 30-39 años (Figura 31). La edad media de los homicidas con Trastorno por consumo de sustancias es similar, aunque algo menor, a la muestra general de homicidas y mayor que en otros estudios consultados. Laajasalo et al. (2004) encuentran entre los consumidores de sustancias, una media de edad que ronda los 27 años.

La presencia de alcohol y de drogas se modifica con la edad.

El alcohol es la única sustancia que está presente en todos los tramos de edad, y la única sustancia de consumo en los mayores de 65 años.



El consumo de cánnabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas o cocaína y los policonsumos, descienden con el envejecimiento de la muestra de homicidas, lo que coincide con los hábitos de consumo comunitarios.

En población general, y según el Informe 2013, Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (Ministerio de Sanidad 2014), los consumos abusivos y simultáneos de alcohol y otras drogas se centran en los adolescentes y jóvenes, especialmente entre los 25-34 años, pero no son propios de las personas por encima de los 55 años.

España se encuentra dentro unas tasas altas de consumo de alcohol y otras drogas. En el año 2012, dos tercios de las incautaciones de drogas, en la Unión Europea, se concentraron en dos países, España y el Reino Unido. El 80% de las incautaciones fueron de cannabis, seguidos de cocaína, anfetaminas y opiáceos (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías 2014).

Sin embargo, estos consumos no parecen tener el impacto detectado en otras regiones del mundo, como Centroamérica, donde el homicidio parece vinculado al flujo, posesión y tráfico de cocaína (UNODC 2012). Parece, a partir de las investigaciones, que la importancia del mercado ilícito de las drogas en las tasas de homicidio de los países no es homogéneo. Las investigaciones americanas (tanto en USA como en los países de Sudamérica) vinculan los homicidios con el mercado de las drogas, pero esta unión no parece tan directa en países occidentales europeos, donde los consumos de drogas han sido también muy importantes. Se hipotetiza que el mercado ilegal de drogas son situaciones contingentes de violencia, no causas de violencia, contribuyendo otros cofactores como la pobreza, las estructuras sociales y el soporte familiar, entre otros (Ousey and Lee 2002).

España es un país que ha sido golpeado con fuerza por el mercado de la droga, sin haber sido identificado en este trabajo como un móvil relevante para el homicidio. Sin embargo, es más que posible una infravaloración de casos relacionados con el mercado y mundo de las drogas.

Los casos de homicidio de autor desconocido, y casos conceptualizados como riña, podrían ser muerte relacionadas con las disputas por drogas, enfrentamientos por deudas de dinero, peleas por suministros de droga de mala calidad, etc, cuyo conocimiento nos es ajeno.

La menor presencia de armas de fuego (de elevada letalidad) y el acceso fácil a asistencia médica de calidad pueden haber influido también en el nivel más bajo de homicidios relacionados con la droga en Bizkaia.

En el caso del alcohol, puede hacerse una reflexión similar. El consumo en sí mismo no es problemático, sino su consumo en cantidades elevadas.

España tiene una tasa de consumo alto de alcohol. Investigaciones epidemiológicas han encontrado una relación estadísticamente significativa entre la venta total de alcohol y el nivel de homicidios. Pero hay otra variable importante: el modelo del consumo. En culturas con consumos intermitentes pero “explosivos”, el impacto del alcohol es superior a otros países con modelos de consumo menos exagerados, como los países de la cuenca mediterránea, entre los que se encuentra España (Rossow 2001).

Los estudios apuntan que el consumo y las intoxicaciones de alcohol y drogas son fenómenos complejos, el mero consumo es insuficiente para explicar el fenómeno del

homicidio. Son necesarios estudios a diferentes niveles que tengan en cuenta factores socio-culturales y contextuales (Miles 2012).

#### **B.2.3.4.-PACIENTES SIN DIAGNOSTICO CLINICO**

La muestra de paciente sin diagnóstico es pequeña, si bien hay que insistir en que se trata de personas en las que no hay datos previos ni actuales de trastornos. Se trata de una categoría residual y como tal mal definida y que puede llevar a errores interpretativos.

La ausencia de diagnóstico no implica necesariamente la existencia de salud, pero sugiere que se trata de personas con unos parámetros, personales y de vida, aparentemente adaptados y en los cuales la violencia grave no parece asociada a variables disposicionales sino a variables circunstanciales y ambientales.

Las periciales médico-forenses en estos casos pueden hacerse a instancia del propio interesado, que alega unas causas o circunstancias patológicas asociadas al acto homicida. Puede tratarse de información muy variada: haber consumido sustancias, no recordar los hechos al encontrarse bajo efectos de patologías extrañas, amnesias, haber seguido el dictado de voces, etc.

Por ejemplo, en 12 homicidas de esta categoría, se ha referido un consumo previo de sustancias, considerándose a nivel pericial que se trata de una información irrelevante. Sin embargo, en la elaboración de la pericia se considera que las alegaciones del paciente son inverosímiles, increíbles o no se identifican signos o síntomas que permitan realizar un diagnóstico clínico.

Cuando las periciales se hacen a propuesta ajena al acusado, por ejemplo su abogado, puede ser resistente a la propia entrevista y exploración forenses, reservándose la información relevante y las motivaciones íntimas de su conducta.

La pericia forense emite como conclusión médico-legal: la ausencia de diagnóstico clínico. Pero, ¿un homicida sin diagnóstico es equivalente a una persona “normal” de la población general?

Hay pocos estudios que analicen cómo son los homicidios de estas personas, a los que se les suele equiparar con “sanos”. La mayoría de los estudios se centran en cómo son los homicidios de las personas enfermas y utilizan los “sanos” como grupos de comparación de los “enfermos”, por ejemplo Hakkanen and Laajasalo (2006).

La media de edad de este grupo de homicidas es algo más baja pero similar a la muestra general de homicidas. Los pacientes se encuentran principalmente en el tramo de edad entre los 19-29 años, con un descenso abrupto de la frecuencia en edades superiores a los 39 años (Figura 32). Sugiere que la propia juventud determina formas impulsivas e irreflexivas de conducta, en escenarios privados o sociales como bares o la calle, etc con conflictos y escaladas de tensión.

Pero también hay que pensar que la violencia no tiene necesariamente que depender de los factores disposicionales de los agresores, sino también de las circunstancias ocasionales. La violencia es un fenómeno de dinámica social, donde el homicida realiza una conducta y toma unas decisiones: que hacer, que no hacer, abandonar o quedarse, etc.

Según Zimbardo (2008), detrás de actos profundamente crueles no tiene porque haber una persona trastornada. Erigimos un muro infranqueable entre el Bien y el Mal, con la creencia que las personas poseen una bondad esencial e invariante, capaz de resistir las presiones externas, de evaluar las tentaciones y rechazarlas. Pero, las variables situacionales tienen importancia. Hacen que, en determinados contextos, cuando se den los factores oportunos, las personas actúan de una manera inimaginable.

## **C.-VARIABLES MÉDICO-LEGALES Y JURÍDICAS**

### **C.1.- Marco legal y judicial**

En casi el 90% de los casos hay, al menos, un sospechoso de homicidio, cifra casi idéntica a la encontrada en otros estudios, por ejemplo el NHMP (Megan and Mouzos 2007).

Casi la totalidad de la muestra está compuesta por personas acusadas de ser los autores de los homicidios y en una mínima proporción, como cómplices.

Un indicador de la respuesta social y judicial ante el delito de homicidio es el número de condenas del delito. Cerca del 70% de los casos de homicidio consta una sentencia judicial (Figura 33), cifra muy superior a la media mundial de condenas, aunque algo inferior a la tasa europea (UNODC 2014). Estos datos hay que tomarlos con cautela, dados los problemas de registro informático del sistema judicial.

En una baja proporción de casos, es constatable un archivo provisional, lo que significa que no ha finalizado con un juicio oral. Puede deberse a una multiplicidad de causas: ausencia de sospechoso, fuga o fallecimientos del mismo o ausencia de pruebas incriminatorias sólidas, entre otras.

Por el contrario, la categoría de casos perdidos solo significa que se desconoce el destino del procedimiento judicial, es posible que haya acabado en una sentencia condenatoria aunque no ha sido localizada para el estudio.

Para mi conocimiento, no existe en España análisis de las sentencias judiciales vinculadas al delito de homicidio, excepto en las muertes por violencia de pareja, que realiza el Consejo General del Poder Judicial. El Consejo elabora un Informe anual del grupo de Expertos/tas en Violencia Doméstica donde se analizan las sentencias dictadas cada año. El último informe, 2014 analiza las sentencias del año 2011.

El Instituto Nacional de Estadística publica estadísticas judiciales anuales, con datos del número de sentencias según el tipo de delitos, por cada Comunidad Autónoma. Pero no realiza un análisis del tipo ni contenido de las sentencias (Figura 34)

Todas las naciones europeas, sancionan con penas de cárcel el delito de homicidio, si bien, difieren en la duración de las penas, estando desterradas penas capitales o similares. Es complicado hacer estudios comparativos sobre las penas impuestas a homicidas en otros países, porque existe una disparidad de fuentes de análisis, con información parcial y de difícil acceso, especialmente para un no jurista. Pero los datos de Europa parecen indicar que los países de habla inglesa y Rusia, son los países que imponen las penas de prisión más elevadas y de cumplimiento íntegro (Campbell 2012).

Hasta la última reforma del Código Penal español del año 2015, solo Croacia, Noruega, Portugal, Eslovenia y España carecían de la figura de la cadena perpetua para el delito de homicidio, aunque la mayor parte de los países contemplan posibilidad de revisión de las sentencias (Hodgkinson, 2004). Solo Inglaterra y Gales, Escocia y Rusia, cuentan con cadena perpetua sin posibilidad de revisión (Appleton & Grover, 2007).

Se han aplicado medidas de seguridad en casi la cuarta parte de las sentencias y en la mitad de las sentencias en las que se han aplicado atenuantes/eximentes de la responsabilidad (Tabla 10).

### **C.2.- La imputabilidad:** (Tabla 11)

El diagnóstico de imputabilidad es un juicio de valor sobre el estado psíquico del acusado en el momento de comisión del delito.

Se trata de un proceso diagnóstico complejo, de tipo retrospectivo donde se analiza cómo es la persona y sus circunstancias psicopatológicas en el momento específico de comisión del hecho antijurídico. Es imposible conocer exhaustivamente lo ocurrido en un momento concreto y anterior, pero se elaboran hipótesis reconstructivas y aproximativas y las lagunas se completan con criterios analógicos o la generalización.

Para realizar este proceso, la información que aporta el paciente es necesaria, pero no suficiente para el trabajo médico-legal. Los informes forenses han de ser precisos en el manejo de la información, especificando, en cada caso, cual es la fuente de la información, el grado de certeza o de presunción del diagnóstico y demás conclusiones.

Es necesario contrastar la información con otras fuentes, especialmente objetivas, como los servicios clínicos. Puede ser difícil llegar hasta los historiales clínicos de los pacientes, especialmente tras la implantación y desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La solicitud de información clínica ha de ser dirigida hacia los centros sanitarios, hospitalarios o ambulatorios, que atendieron a los pacientes, en la red pública o privada. Si no sabemos dónde se dió esta atención, difícilmente llegamos hasta la información de interés.

Cuando se hace una valoración de un paciente, siempre la pericial está referidas a dos momentos temporales concretos: el actual, relativo al momento en que se realiza el estudio y el previo, o momento de interés legal, en el que tuvo lugar el delito, este caso el homicidio (Carrasco y Maza 2011).

Los diagnósticos en relación al delito, son “a posteriori” y pueden realizarse después de plazos de tiempo muy variables: horas, días, semanas, meses...que dificultan los resultados y les da un componente de subjetividad muy alta.

No siempre se alcanza las mismas conclusiones diagnósticas en los dos momentos temporales: el previo o momento del homicidio y el actual o momento de la pericia. El tiempo modifica las condiciones objetivas y subjetivas de los pacientes.

Las patologías, por ejemplo la psicosis, evolucionan con el tiempo y su tratamiento, que puede llevar a la remisión clínica que puede ser evidente en el momento de la pericia. Pero puede ser, que en el momento del homicidio, la patología psicótica mostrara una clínica aguda que posteriormente ha remitido. La atenuación sintomática no limita la aplicación de los supuestos legales ya que la pericia tiene que estudiar el estado concreto en el momento del delito.

En las periciales a posteriori, especialmente en patologías graves, es difícil que una persona sana y sin entrenamiento simule de forma creíble un cuadro clínico. Sin embargo, si se trata de una persona que, en su biografía ha padecido dicha patología y ha cometido

un homicidio, parte de un conocimiento privilegiado para simularla relacionado con el acto homicida. El perito forense, de rutina ha de valorar la información que aporta el paciente y su nivel de credibilidad, evaluando, de rutina, la posibilidad de una simulación.

El establecimiento de la relación de causalidad entre la patología y el homicidio no siempre se trata de una cuestión de todo/nada sino de grados. La imputabilidad admite las siguientes alternativas: imputabilidad plena, levemente atenuada, moderadamente atenuada, atenuada de forma severa, anulada.

En, aproximadamente, la mitad de nuestros casos, se ha valorado que la imputabilidad de los acusados estaba intacta, lo que rebaja la importancia, al menos numérica, de las patologías sobre las conductas. En el otro extremo diagnóstico está la imputabilidad anulada, que se ha identificado en algo más del 10% de los acusados, especialmente psicóticos.

En España, no existe ningún estándar de admisibilidad de las pruebas periciales y la valoración del informe pericial la hace el jurista según las reglas de “la sana crítica” (art, 348 LEC (1/2000)). El tribunal, a la hora de dictar sentencia, goza de libertad de valoración, y, aunque suelen seguir unos principios particulares que determinan la importancia y el valor de la prueba científica: la cualificación profesional del perito, el método observado, la claridad expositiva, la ausencia de contradicciones internas y externas y la racionalidad conclusiva (Cortes y Moreno 2008).

### **C.2.1.-Imputabilidad de las psicosis**

En los homicidas psicóticos, la calificación penal se divide en su gran mayoría entre el homicidio doloso y el asesinato.

Se trata del grupo diagnóstico que más frecuente y más severamente se modifica y anula su responsabilidad legal, con sentencia que exime de responsabilidad del delito. Relacionado con ello, es de aplicación las medidas de seguridad.

Las sentencias condenatorias judiciales son especialmente cortas en el primer episodio psicótico justificado por la aplicación de la Ley del Menor, ya que dos agresores son menores de 18 años y es de aplicación la legislación específica.

La psicosis es para el Derecho, el arquetipo de la enfermedad psíquica y que sirvió de base para el antiguo concepto jurídico de enajenación (art 8.1º del antiguo CP) y que ha dado paso a la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” y “trastorno mental transitorio” que son conceptos sin contenido en la medicina clínica.

La STS del 18 de octubre de 1999 describe dos grandes grupos de enfermedades desde la perspectiva penal: por un lado la oligofrenia como estado deficitario, y por otro la psicosis en todas sus formas, endógenas o exógenas. En la práctica jurídica y la bibliografía, la psicosis y los síntomas psicóticos en el momento de los hechos, están muy relacionados con la atenuación o exención efectiva de la responsabilidad penal.

Sin embargo, un diagnóstico de enfermedad mental es insuficiente, por si solo, ni siquiera en la psicosis, para atenuar o anular una responsabilidad criminal.

La jurisprudencia basada en SSTs. 1377/2011 de 29.12, 1172/2011 de 10.11, 1126/2011 de 2.11, precisa que no basta la existencia de un diagnóstico para concluir que la conducta de una persona es inimputable.

El médico-forense habrá de tener en cuenta (aplicando unos criterios recogidos en SAP GC 115/2015):

- a) La variedad clínica del trastorno, la fase evolutiva en que se encuentra la enfermedad y los síntomas concretos que poseen los pacientes.
- b) La intensidad de influencia sobre el psiquismo del sujeto.
- c) La proximidad temporal entre el momento ejecutivo y el brote esquizoide que caracteriza esa enfermedad.
- d) La relación causal entre la psicosis y el comportamiento delictivo.
- e) El grado de deterioro intelectual.
- f) La clase de delito cometido y su posible relación con la modalidad concreta de la esquizofrenia sufrida.
- g) La existencia asociada de otros factores que incrementan la intensidad de la patología psíquica y su influencia causal en las facultades intelectivas y volitivas.

La remisión de la sintomatología aguda puede recuperar la capacidad de obrar de forma total o parcial. La Sala de lo penal del Tribunal Supremo, en ocasiones, y pese al diagnóstico de una esquizofrenia paranoide, no ha apreciado circunstancia atenuante alguna, ni siquiera en su modalidad más leve.

La sentencia SAP GC 115/2015 resume en aplicación del criterio biológico-psicológico y con referencia a los casos de psicosis esquizofrénica las siguientes posibilidades:

1ª Si el hecho se ha producido bajo los efectos del brote esquizofrénico, habrá de aplicarse la eximente completa del art. 20.1 CP.

2ª Si no se obró bajo dicho brote, pero las concretas circunstancias del hecho nos revelan un comportamiento anómalo del sujeto que puede atribuirse a dicha enfermedad, habrá de aplicarse la eximente incompleta del núm. 1º del art. 21.

3ª Si no hubo brote y tampoco ese comportamiento anómalo en el supuesto concreto, nos encontraremos ante una atenuante analógica del núm. 6º del mismo art. 21, como consecuencia del residuo patológico, llamado defecto esquizofrénico, que conserva quien tal enfermedad padece (véase la sentencia de esta Sala de 8 de febrero de 1990).

La psicosis es una patología crónica, de curso en brotes, que una vez que ha aparecido una conducta grave como las agresiones severas o el homicidio, las condiciones psicopatológicas o sociales del enfermo pueden no variar sustancialmente, manteniendo el riesgo de aparición de conductas similares en el futuro.

Esta posibilidad hay que valorarla en el momento de dar un alta de un ambiente protegido como el hospital psiquiátrico. La psicosis es susceptible de ser tratada y controlada en régimen ambulatorio una vez ha remitido el brote agudo, con la misma medicación que en el internamiento (Carrasco y Maza 2011).

Las psicosis tóxicas aunque tenga similares efectos penales en cuanto a la modificación de la responsabilidad criminal, difieren en las consideraciones pronósticas y la aplicación de las medidas de seguridad. Se trata de patologías de curso habitualmente agudo o subagudo, paralelo al consumo de las drogas aunque a veces los síntomas psicóticos persisten tras el cese del consumo (Carrasco y Maza 2011).



### **C.2.2.-Imputabilidad de los Trastornos de personalidad**

En los trastornos de la personalidad, de forma similar a los acusados con Tr por consumo de sustancias (Tabla 11), la imputabilidad es más frecuentemente valorada como intacta y, en menor frecuencia, ligeramente disminuida. Predominan las sentencias condenatorias sin atenuantes médicos.

Los Tr de personalidad son patrones característicos del pensamiento, de los sentimientos y de las relaciones, pero ello no quiere decir que la capacidad de entender y querer del sujeto esté disminuida o alterada, desde el punto de vista de la responsabilidad penal.

Desde supuestos clínicos y jurídicos, habría que huir de los automatismos que consideran a todos los trastornos de personalidad como imputables. Cada persona precisa de una evaluación precisa de sus rasgos, del nivel de gravedad y de la influencia sobre su conducta.

El Tribunal Supremo ha evolucionado respecto a su posición inicial, en que al trastorno de personalidad se le consideraba plenamente responsable de sus actos hasta el reconocimiento que “el psicópata es un enfermo mental”, siendo el término psicopatía análogo al trastorno de personalidad (Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de febrero de 1988).

Este cambio se produce a partir de la inclusión de los trastornos de personalidad en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-9) de la OMS.

Los trastornos de la personalidad podrían incluirse dentro del concepto de “cualquier anomalía o alteración psíquica” del artículo 20.1 del Código Penal (SAP GC 115/2015).

La Sentencia 2167/2002, de 23 de diciembre considera que son "... anomalías o alteraciones psíquicas, por lo que es necesario atender a sus características y a las peculiaridades del hecho imputado para precisar sus concretos efectos...".

Sin embargo, en general, en los trastornos de personalidad solo se aplican atenuantes analógicas (leves) y no se aplican las eximentes completas. Solo en supuestos especialmente graves, generalmente asociados a otras patologías, se han aplicado eximentes incompletas (Sentencias de 10 y 25 de octubre y 14 de noviembre de 1984, o 16 de noviembre de 1999, STS 207/2006, de 7 de febrero).

Un trastorno de personalidad no suele anular el conocimiento ni la voluntad. Recordar que "no basta la existencia de un diagnóstico para concluir que, en la conducta del sujeto concurre una afectación psíquica, siendo imprescindible el efecto psicológico en los casos de anomalías o alteraciones psíquicas (S. de 9/10/99, núm. 1400).

El sistema mixto del Código Penal, exige demostrar que la enfermedad anula, o afecta gravemente, la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de determinar el comportamiento con arreglo a esa comprensión y en relación a un acto delictivo concreto (STS 437/2001, de 22-3, 332/97 de 17-3). Por eso, debe de combinarse criterios: biológico, psicológico, cronológico y de causalidad entre el trastorno y el hecho delictivo (SAP GC 115/2015).

Pero el Tribunal Supremo es ambiguo y no considera a todos los tipos de personalidad por igual, ni el tratamiento jurídico penal que se les da es equivalente al de otras patologías mentales (STS. de 11/06/02, núm. 1074 o 1841/02 , de 12/11). En la Sentencia de 18 de abril de 2006 se reconoce que, aunque “para algunos, un trastorno de personalidad no es propiamente una enfermedad mental, en cualquier caso sí es una anomalía psíquica.....las psicopatías no tienen análoga significación a las anomalías psíquicas sino que literalmente lo son”.

En general, las eximentes incompleta y completas se aplican a trastornos de personalidad incluidas dentro del Cluster A, porque coexisten con cuadros psicóticos. El tipo paranoide es el que tiene un porcentaje mayor de eximentes completas por la comorbilidad con un trastorno delirante (Gonzalez Guerrero (2011). Por ejemplo, en la SAP GC 115/2015 discrimina que un trastorno paranoide de la personalidad es una predisposición a los celos patológicos o infundados. Pero sólo cuando concurra una idea delirante se crearían las condiciones jurídicas necesarias para aplicarse una eximente completa o incompleta. El trastorno paranoide de la personalidad, además puede ser penalmente irrelevante cuando el delito se refiere a unos hechos ajenos al núcleo de este trastorno.

Al paciente antisocial jurisprudencialmente se le equipara al delincuente común con plena imputabilidad de sus acciones. La ley entiende que puede tener un trastorno del temperamento y de la afectividad pero posee un conocimiento claro de la realidad y un control de su voluntad (STS 3814/2014). Solo se cuestiona su imputabilidad y se aplican atenuantes si se asocia a factores endógenos (enfermedad mental) o exógenos (drogas tóxicas, alcohol u otros estupefacientes) (vid. STS de 22 de julio de 1988, ATS 5693/2013).

Garrido Genovés (2004) dice:

"Si aceptáramos su condición de psicópatas como una atenuante o una eximente de su responsabilidad ante la ley (basándonos en su grave ausencia de emociones sociales, plenamente humanas), tendríamos que hacer lo propio con cientos de miles de personas que tuvieron que arrastrar condiciones muy duras en su existencia, y tratarlos así como enfermos. Así, al violador y al que fue abusado de niño lo tendríamos que exonerar, y al que creció en medio de la miseria y el fracaso lo tendríamos que exculpar por su mala fortuna y pocas oportunidades para prosperar".

No solo los rasgos más psicopáticos (antisociales) no sirven para atenuar la responsabilidad, sino que han llevado a la jurisprudencia a justificar la aplicación de regímenes más severo. Se ha revitalizado el interés del Derecho en la peligrosidad, que se ha asociado con la predisposición hacia la violencia de las personalidades psicopáticas.

En países como Estados Unidos algunos de estos delincuentes reciben el nombre de “Sexual Violent predators (SVP)” y “Mentally disordered offenders (MDO)” que remarcan el carácter peligroso y crónico de los mismos. En Canadá, han constituido la categoría “Long term offenders (LTO)” y en el Reino Unido los “Dangerous Severe Personality Disorders (DSPD)”. Se han dictado leyes que se apoyan en el uso de estas técnicas de valoración de riesgo de violencia para estimar el riesgo de reincidencia delictiva (DSPD Programme (2004).

En consonancia con esta tendencia internacional, la reforma del Código penal español de 2010, crea la pena accesoria de «libertad vigilada», que parte de una presunción de peligrosidad criminal relacionada con los delitos sexuales o de terrorismo.

Con la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, el catálogo de delitos se ha ampliado extendiéndose, por ejemplo, al delito de lesiones derivadas de violencia de género (art 173.2) y al homicidio, aunque no se especifica en que situaciones. Se trata de una medida que no es alternativa a la pena de prisión, sino que se impone en sentencia para su ejecución posterior a la excarcelación.

La Ley Orgánica 1/2015, ha introducido la pena de prisión permanente revisable, para determinadas figuras delictivas. En aplicación de una eximente en un delito con pena de prisión permanente, cabría la posibilidad de aplicación de medidas de seguridad de duración ilimitada, si bien esto queda a merced de la aplicación de la ley.

### **C.2.3.- Imputabilidad en el Trastorno por consumo de sustancias**

En la valoración de la imputabilidad, (Tabla 11) de los Trastornos por consumo de sustancias se ha considerado un predominio de la imputabilidad intacta o solo ligeramente atenuada. Esta valoración es coherente con el establecimiento de sentencias condenatorias sin atenuantes médicos, si bien la duración de las penas muestra una media baja, de 8 años. Esta media de condenas es compatible con la presencia de homicidios imprudentes y con una calificación penal de cómplice de homicidio.

En estos pacientes son de aplicación el apartado 2º de los artículos 20 y 21 del CP. El artículo 20.2 recoge, como situaciones psíquicas modificadoras de las capacidades, en relación a los consumos, aunque no los define: la intoxicación plena, el síndrome de abstinencia y la dependencia. El artículo 21.2 añade la adicción.

Jurídicamente, el término intoxicación es inespecífico, aplicable al alcohol u otras sustancias que provocarán análogas intoxicaciones cocaínicas o anfetamínicas, por ejemplo. Sin embargo, un consumo de alcohol/drogas que reúna criterios clínicos de intoxicación, no necesariamente reunirá criterios jurídicos de intoxicación plena que afecte sus capacidades cognitivo/volitivas. "El alcoholismo por sí mismo o la alcoholización del autor no opera automáticamente como eximente o, en su caso, como atenuante". (STS 908/2002).

La jurisprudencia de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo ha establecido que para aplicar una atenuante de drogadicción o de embriaguez hay que demostrar el consumo o ingesta y la merma también real de las capacidades del sujeto (STS 3676/2015 del 16 de abril del 2015). Ni siquiera la constatación analítica de tóxicos en muestras biológicas (pelo, orina, sangre) necesariamente conllevan efectos legales (STS 5442/2014 y SS. 27.9.99 y 5.5.98).

La Sentencia del Tribunal Supremo núm. 1351/2003 de 16 de octubre, precisa que el Código Penal prevé: la eximente completa cuando es una intoxicación plena y fortuita y la eximente incompleta, cuando es fortuita pero no plena. En cualquier caso, tiene que ser de intensidad suficiente para que la persona carezca o presente una merma importante de su capacidad de comprender la ilicitud del hecho, o de actuar conforme a esa comprensión.

Pericialmente, la imputabilidad asociada a una intoxicación, está en función de la intensidad (que puede oscilar desde una intensidad leve a intensa), la frecuencia (si se trata de una intoxicación aguda o crónica) y la voluntad (fortuita, voluntaria o intencional).

Se trata de diagnósticos médico-legales complejos, que tienen en cuenta una multiplicidad de variables psicológicas, toxicológicas, de lugar, tiempo y circunstancias. Entre los consumos y la toma de decisiones, relativas al homicidio, ocurren procesos que hay que analizar de forma personalizada.

La literatura médico-legal es mucho más extensa en relación al alcohol que respecto a las drogas, al igual que ocurre en otras áreas del conocimiento toxicológico, con definiciones más precisas de conceptos como embriaguez aguda y crónica.

La STS 5442/2014 expone de forma amplia los requisitos penológicos para la aplicación de atenuante por drogadicción, entendido como dependencia:

.-1) Requisito biopatológico: que se trate de una intoxicación grave, y que tenga cierta antigüedad, porque estas situaciones patológicas no se producen de forma instantánea, y requieren un consumo más o menos prolongado.

.-2) Requisito psicológico: que produzca una afectación de las facultades mentales.

.-3) Requisito temporal o cronológico entre la afectación psicológica por el consumo o síndrome de abstinencia y el delito.

.-4) Requisito normativo de aplicación de una eximente completa, incompleta o atenuante de la responsabilidad penal.

La atenuante de grave adicción, sólo tiene aplicación cuando existe una relación entre el delito y la carencia de drogas que sufre el sujeto (doctrina del Tribunal Supremo Sala 2ª, S 15-11-2002, núm. 1873/2002) y que podría ser de aplicación en los homicidios asociados al robo (para obtener un beneficio económico asociado a la drogadicción).

#### **C.2.4.- Imputabilidad de los acusados sin diagnóstico**

En los pacientes sin patología diagnosticada o “normales” la calificación penal dominante es el asesinato pero se identifica una mayor frecuencia, aunque dentro de cifras bajas de homicidio imprudente. Esta calificación orienta hacia actos impulsivos o muertes asociadas más a circunstancias ambientales que a una premeditación o circunstancias disposicionales del homicida.

En un caso se aplicó pericialmente la anulación de la imputabilidad, pero se trata de un caso sujeto a circunstancias excepcionales que justifican esta conclusión. Las sentencias son en su casi total mayoría condenatorias sin atenuantes médicas.

## **(D).- COMPARATIVA DE LOS PACIENTES PSICÓTICOS CON OTROS GRUPOS DE DIAGNÓSTICO**

Una de las hipótesis principales del estudio es la valoración de los homicidios vinculados a la enfermedad mental grave (psicosis), discriminando el grado de similitud/diferencia respecto del homicidio realizado por una persona con otro diagnóstico clínico y las personas sin patología.

Un elemento muy importante en la muestra de homicidas, compatible con la abrumadora evidencia científica, es la ausencia de un tratamiento efectivo en la totalidad de homicidas psicóticos. Hacia este grupo de pacientes deberían dirigirse los esfuerzos de prevención e identificación del riesgo.

A modo de resumen y aun siendo redundantes, merece la pena señalar, de nuevo, que con datos de nuestro estudio, los pacientes psicóticos comparten rasgos sociodemográficos y criminalísticos con la población general de homicidas, al tiempo que poseen unas características que les son propias.

Así, se trata de varones, con un bajo académico bajo, pertenecen a clases laborales pasivas (están en el paro o en situación de incapacidad/invalidez profesional) o de baja cualificación, carecen de antecedentes legales y antecedentes de victimización, utilizan un arma blanca, los hechos ocurren en entornos privados, preferentemente el domicilio de la víctima.

Sin embargo, también se han identificado una serie de rasgos que les son característicos:

- La media de edad de los psicóticos es superior a la muestra general de homicidas. El inicio tardío de una carrera criminal sugiere su vinculación a la propia enfermedad.

- El móvil del homicidio es psicótico, tratándose de un hallazgo redundante. Al establecerse categorías diagnósticas principales, un móvil psicótico conlleva que la persona se adscribe a la categoría de psicótico.

- La víctima principal de la violencia psicótica está en la familia.

- Tras los hechos los pacientes psicóticos se entregan, mientras que el resto de los homicidas preferentemente huyen del lugar.

- Las diferencias más marcadas entre los homicidas psicóticos y las demás poblaciones a estudio, se encuentran en las variables médico-legales y jurídicas.

La imputabilidad de los pacientes psicóticos está más frecuentemente anulada o modificada de forma severa, lo que les convierte en no responsables o solo algo responsables de sus actos. Las sentencias judiciales disponibles los homicidas psicóticos se relacionan con sentencias que les exime de su responsabilidad, aplicándose medidas de seguridad

- La imputabilidad de los Tr por consumo, los Tr de personalidad está intacta o ligeramente disminuida, lo que le otorga una responsabilidad plena o casi plena de sus actos y se aplican sentencias condenatorias, con y sin atenuantes médicas

- La imputabilidad de las personas sin diagnóstico, salvo en un caso, están intactas lo que les da una responsabilidad plena de su conducta. Se aplican sentencias condenatorias sin atenuantes médicos.

Desglosando para cada categoría:

1.-Los psicóticos muestran diferencias estadísticamente significativas:

**D.1.- Con los trastornos de personalidad** (Tabla 12) en la menor incidencia de antecedentes de victimización, en el arma que usan. Aunque en ambas categorías lo más frecuente es el uso del arma blanca, hay una pluralidad de métodos en los trastornos de personalidad.

El móvil psicótico del homicidio es característico del homicida psicótico así como que tras los hechos se entregan, mientras que los trastornos de personalidad predomina la fuga.

Una variable diferencial entre los enfermos psicóticos y los TP es la relación que tienen con la víctima: en el caso de los psicóticos la víctima preferente está en la familia, mientras que en los trastornos de personalidad las víctimas preferentes son amigos/conocidos, pero con una pluralidad de víctimas.

La imputabilidad del psicótico está anulada o muy menoscabada mientras que está intacta, o levemente atenuada, en los TP. Estos diagnósticos se relacionan con sentencias en que se excluye la responsabilidad en los psicóticos, mientras que son preferentemente condenatorias, sin atenuantes médicos, en los TP.

**D.2.-Los homicidas psicóticos difieren de homicida con Tr por consumo de sustancias** (Tabla 13) en una menor presencia de antecedentes legales.

Las víctimas preferentes de los consumidores son las personas desconocidas, aunque se identifica una pluralidad de víctimas, mientras que de señalar que en los psicóticos las víctimas pertenecen a la familia.

El móvil del homicidio en el Tr por consumo es la riña y al igual que en otras demás categorías, en homicida que consume sustancias se da a la fuga.

El consumo de sustancias se relaciona con una imputabilidad plena y con unas sentencias condenatorias sin atenuantes médicos

**D.3.-De los pacientes sin diagnóstico o “normales”** (Tabla 14):

Los homicidas psicóticos son significativamente de nacionalidad española, al igual que las víctimas mientras que los pacientes sin diagnóstico hay una mayor presencia de agresores y de víctimas extranjeros.

Las personas sin diagnóstico se relacionan con una pluralidad de motivaciones al homicidio, siendo lo más frecuente es el móvil pasional/sexual.

Las víctimas de las personas sin diagnóstico son los amigos.

La imputabilidad está intacta tal y como corresponde a esta categoría de ausencia de justificación psicológica-legal atenuante de la responsabilidad y las sentencias son condenatorias sin atenuantes médicos

## **E.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO, FUTURO**

Desafortunadamente es un trabajo que cuenta con muchas limitaciones:

En primer lugar, se trabaja con una muestra pequeña, lo que limita la fortaleza estadística de sus hallazgos. Muestras más grandes permitirían una mayor riqueza en los resultados y la posibilidad de encontrar nítidas diferencias entre submuestras.

Es importante la implementación y continuación en el tiempo, de esta base de datos u otra similar, para analizar de forma continuada el fenómeno de la violencia y del homicidio y sus factores de riesgo.

Las carencias de estadísticas y de estudios, es una carencia de nuestras instituciones que alcanza la totalidad de la geografía tanto a nivel nacional, como provincial y comunitario.

Una de las grandes dificultades de este estudio es encontrar estadísticas oficiales fiables y rigurosas. Las cifras relativas a los homicidios en España son inciertas, con grandes variaciones según las fuentes del estudio. Así, los datos aportados en los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior, son complejos (a veces opacos), contradictorios y parciales. Se aprecia una inconsistencia entre los datos de los homicidios en España proporcionados por el Ministerio del Interior y por el Instituto Nacional de Estadística.

Los datos proporcionados por el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior relativo a Bizkaia en el año 2013 no coincide con las cifras de fallecidos de la Memoria del IVML.

La Comunidad Autónoma Vasca carece de datos relativos a la Ertzantza durante el periodo de estudio.

La Administración de Justicia carece, especialmente, de un sistema de registro informático que permita un fácil y rápido acceso a la información de interés.

La información médico-legal y judicial, de la que se ha dispuesto, no es completa en muchos casos, puede ser una información parcial, errónea o contradictoria. El documento básico y siempre presente es el protocolo de autopsia, donde se recoge información de la víctima. Un expediente está completo, cuando además, hemos dispuesto de informe médico-forense del inculpado, atestados policiales y la sentencia judicial.

Los expedientes judiciales no se conservan indefinidamente en el tiempo sino que se destruyen, se expurgan, una vez pasado los plazos necesarios. Son imposibles de reconstruir los expedientes judiciales de homicidios anteriores al año 1994, porque los delitos de homicidio tienen un plazo de prescripción de 20 años.

La informatización de la Justicia en la CAV se inició en Bilbao, a finales del año 91, con un desarrollo progresivo por los partidos judiciales. Aun así, el sistema judicial carece de un registro general de procedimientos, ni sistemas de registro informatizado de sentencias, salvo los Libros de Sentencias de cada Tribunal enjuiciador. Las sentencias han de solicitarse, una por una, aportando la referencia concreta del expediente y no siempre es posible seguir el rastro de los expedientes.

Otra limitación de este estudio es la fiabilidad de los diagnósticos, que se realizan por medio de métodos clínicos, como las entrevistas semiestructuradas, en ausencia de pruebas estandarizadas.

Las entrevistas semiestructuradas son poderosos métodos de estudio y de evaluación clínica individualizada en un contexto en que no existe secreto profesional. Esta evaluación y las conclusiones diagnósticas se complican en los entornos judiciales, donde se dan frecuentes discrepancias diagnósticas entre peritos. Estas discrepancias no tienen siempre una base científica sino procesal, según se defienda la culpabilidad o inocencia del inculgado.

La información transmitida por los pacientes puede tener consecuencias legales lo que limita los resultados de las entrevistas y condiciona la información que el sospechoso transmite.

El homicidio, su adecuada investigación, estudio y enjuiciamiento implica la participación de diferentes profesionales, cada uno de los cuales aporta su conocimiento particular, pero que ha de ser profundo, basado en elementos técnico-científicos e interdisciplinar. La participación multidisciplinar puede ser una fuente de debilidad y limitar los resultados.

Este estudio es de tipo retrospectivo, que coincide con muchos cambios organizativos a nivel policial, judicial y médico-forense. En 1980 se crea la Ertzantza, como policía autónoma que se despliega y ocupa funciones de forma progresiva. En octubre de 1994 asume las competencias policiales de Bilbao y su despliegue territorial en la Comunidad se completa en el año 1995. La Ertzantza asume funciones anteriormente encomendadas a la Policía Nacional y Guardia Civil. La investigación de la muerte y de los homicidios, son tareas complejas, que conllevan una formación y experiencia que se va adquiriendo con los años.

Las investigaciones policiales han cambiado extraordinariamente a la luz de los avances y nuevas tecnologías, alcanzándose una profundidad de análisis y esclarecimiento de hechos, impensables hace 15 años. Esta investigación a pesar de abarcar solo 20 años, ocupa un momento temporal de cambio con diferentes periodos de significación pero que no puede ser adecuadamente analizada. La búsqueda retrospectiva de información policial, relativas a expedientes antiguos y en estos años de transición se ha visto limitada, dada la confusión competencial del momento, aunque ha existido una voluntad extraordinaria de colaboración.

El homicidio es un delito en el cual es fundamental el papel de la ciencia y de los médicos-forenses.

En el proceso penal, pueden ser necesarios informes periciales en diversos momentos, y a distintos efectos, tanto en la fase de instrucción como de plenario o juicio oral. Las determinaciones forenses, son pruebas con una base científica y como tal buscan conclusiones con un grado de probabilidad suficientemente alto como para lograr la certeza o casi-certeza del hecho, pero que no siempre se logra.

Una muerte ha podido quedar sin registrar como muerte violenta si no hay una base técnico-científica suficiente sobre su naturaleza y causa. Otras veces no se trata de una carencia de elementos concluyentes del diagnóstico de homicidio, sino propiamente



errores de diagnóstico. Son los casos de personas muertas por homicidio y que son erróneamente diagnosticadas de muerte natural, accidental o suicida. No todos estos errores son atribuibles al médico-forense, ya que la emisión de certificación de defunción es una tarea encomendada a los médicos asistenciales.

Hay otras razones, por las cuales, las estadísticas no reflejan la totalidad de los homicidios, por ejemplo las personas desaparecidas que han podido ser asesinadas, pero el cuerpo nunca ha sido recuperado. El destino de una persona desaparecida no implica necesariamente una muerte violenta intencional

Pero, no siempre hay un sospechoso, o hay un sospechoso pero no ha sido reconocido por el médico-forense. No todas las personas acusadas de homicidio pasan por una exploración forense. Otras veces el acusado sí ha sido reconocido por el forense pero es imposible de recuperar la información médico-legal para este trabajo a pesar de que los expedientes forenses se conservan indefinidamente en el tiempo.

## **Futuro**

Considero que este trabajo estadístico debería tener una continuación en el tiempo, tanto desde un punto de vista médico-legal como judicial, para colaborar en la mejora del conocimiento. La continuación en el tiempo permitiría una mayor información y mayor volumen de casos, con lo que probablemente emergieran diferencias más nítidas por género, categorías diagnósticas, etc.

Este trabajo ha recogido unas variables de interés, y ha dejado otras en el camino como el estudio de las víctimas, el estudio de formas específicas de homicidio como la violencia de género o el homicidio juvenil. Son áreas del conocimiento que merecen un análisis y una continuación investigadora.

Pero la utilidad de este trabajo no solamente está en la investigación básica sino que tiene una eminente cuestión práctica.

Utilizando un símil desde la medicina clínica, el adecuado tratamiento preventivo y curativo de un problema solo puede hacerse tras un buen proceso diagnóstico.

Una labor preventiva en la violencia y el homicidio pasa por conocer los factores de riesgo concretos de nuestro lugar y las circunstancias, qué llevan a una persona a matar a otra, en lugar de elegir marcharse del lugar o cesar en la agresión.

La medicina legal es una especialidad que trabaja como visagra entre dos mundos muy diferentes: la medicina y el derecho. La medicina del siglo XX y XXI se caracteriza por un crecimiento exponencial con unos logros insospechados, mientras que la Justicia es un área de conocimiento caracterizado por un avance muy lento, apegado a sus raíces y resistente al cambio.

Pero la Justicia no puede ser ajena a la realidad del cambio. El descubrimiento de las bases neurológicas y biológicas de la conducta nos enfrenta una y otra vez al mismo dilema reactualizado ¿el hombre es un ser libre?, pregunta crucial para la aplicación práctica de las leyes. Solo sobre un ser libre y responsable de sus actos puede recaer el peso de la Justicia

Del mismo modo que hoy día en un Tribunal un médico-forense sostiene que una imputabilidad está disminuida porque el paciente había ingerido un tóxico, mañana puede basar este criterio en que el paciente tiene el alelo Met del gen COMT, que le predispone a la violencia.

La lectura de las sentencias relativas al homicidio en todas sus formas, que incluye la tentativa y el homicidio frustrado muestra que un factor importante en el descenso del homicidio en el tiempo es la asistencia médica. Somos una provincia pequeña, muy bien comunicada y con una asistencia clínica de calidad que ha conseguido tratar lesiones muy graves y hasta “mortales de necesidad”, que no aparecen en las estadísticas.

Por otro lado, los trabajos y estadísticas del homicidio deben tener un carácter estrictamente científico y abandonar las agendas políticas que se han apropiado de los datos, en aras de una imagen de eficacia de las instituciones. Además, la dificultad de acceso a los datos sobre la criminalidad, la violencia y el homicidio yo creo que han provocado el efecto contrario al esperado. En el imaginario popular ha asentado la idea de que vivimos en un país inseguro, con unas tasas de violencia y de homicidios muy altos y que las cifras siguen creciendo. Y la realidad es justo la contraria: vivimos en un país seguro, con baja criminalidad y violencia y las tasas de homicidio muestran un progresivo y sostenido descenso.

La medicina no es ajena a las críticas. Por un lado, la medicina forense carece de una tradición investigadora a pesar de contar con datos sensibles y muy importantes relativos a la violencia.

Un entorno forense no es un lugar propicio para estudiar el alma humana, pero sí es un lugar donde se trabaja con la pérdida, la violencia y la muerte, en unas condiciones difícilmente reproducibles en otros contextos. Tenemos una obligación con nosotros mismos y con la sociedad de ayudar en su prevención y resolución.

Finalmente es llamativo el contraste entre el Derecho y la Medicina: En el Derecho la víctima es la gran olvidada, en la Medicina es la persona violenta la gran olvidada.

Es complicado encontrar referencias sólidas sobre la violencia en los grandes tratados de la psiquiatría. En el Manual Diagnóstico DSM-5, obra de gran influencia tanto dentro como fuera de la medicina, se ocupan de los trastornos clínicos y problemas de conducta más variados: del apetito, de la ingesta de bebidas, del juego y de la excreción, del sueño, de la vida sexual, ...pero no de la violencia.

# **CONCLUSIONES**



1º.- Los homicidios en Bizkaia muestran una evolución descendente en el tiempo. Han pasado de una tasa de 1,21 homicidios/100.000 habitantes en 1.992 a 0,78/100.000 en el año 2013.

2º.-La violencia está centrada en el género masculino tanto en las víctimas como en los agresores. Los agresores son hombres y con una media de edad de 33 años. Aproximadamente, el 6% de los homicidios los comete una mujer, pero las mujeres son el 31% de las víctimas de homicidio.

3º.- Los homicidios se cometen por dos razones principales: la existencia de una riña o altercado, que lleva a la agresión mortal y la violencia familiar (que engloba la violencia de género). En tercer lugar de frecuencia se encuentra la motivación psicótica.

4º.- Al 85% de los acusados de homicidio y sometidos a exploración forense se les ha detectado un diagnóstico clínico, lo que no implica que la patología haya influido en el delito.

5º.- Hay pocas diferencias en las variables sociodemográficas para cada categoría. La mayoría son hombres, jóvenes, con estudios primarios, están en el paro o con trabajos de baja cualificación, solteros y viven solos o con los padres. La mayor parte de los acusados carece de antecedentes de victimización aunque es una variable poco estudiada.

Entre los psicóticos y los trastornos de personalidad se identifica una mayor frecuencia de homicidas que ha sido violento con anterioridad.

6º.- Las categorías difieren en el móvil, en la actuación tras el homicidio y la relación que tienen con la víctima.

7º.- Los pacientes psicóticos representan el 19% de los homicidas valorados. Son hombres y con una edad superior a la media general de la muestra.

Un elemento característico de estos pacientes es que las víctimas proceden de su círculo familiar y tras los hechos se entregan.

8 º.-Aunque se trata de una muestra pequeña, en los pacientes psicóticos se identifican dos trayectorias hacia la violencia:

Los psicóticos “puros” en que la violencia parece derivada directamente de la enfermedad y los psicóticos con comorbilidad de un Trastorno de personalidad y/o un Tr por consumo de sustancias. En ellos la violencia no deriva necesariamente de la enfermedad, pudiendo participar otras causas o los factores comórbidos.

9º.-No nos consta que ningún paciente psicótico siguiera de forma adecuada un tratamiento: o no lo tenía, o lo habían abandonado o lo seguía de forma irregular con recaídas sintomáticas. Esta circunstancia le convierte en una variable muy importante en la prevención de la violencia.

10º.- Las personas con un Trastorno de personalidad (45%) son una población heterogénea los subtipos más frecuentes son el antisocial y el tipo mixto. Los Trastornos de personalidad son los que muestran una mayor frecuencia de haber sido violentos con anterioridad y haber sido victimizados o maltratados.

Tres cuartas partes de los Trastornos de personalidad tienen una comorbilidad de consumo alcohol/drogas. Son dos poblaciones que se solapan y comparten muchas variables y características.

11°.- El Tr por consumo de sustancias, es un diagnóstico identificado en el 21% de las personas estudiadas.

12°.- Las personas sin diagnóstico o “normales” (15%) poseen una historia de aparente normalidad, con menos antecedentes legales y datos de violencia previa. La violencia parece más relacionada con elementos circunstanciales que disposicionales, con la reserva que tiene este tipo de afirmaciones.

13°.- En la valoración de la imputabilidad se aprecian claras diferencias entre las categorías diagnósticas.

La imputabilidad de los Tr por consumo, los Tr de personalidad y las personas sin diagnóstico, está intacta o ligeramente disminuida, lo que le otorga una responsabilidad plena o casi plena de sus actos.

La imputabilidad de los pacientes psicóticos está, más frecuentemente, anulada o modificada de forma severa, lo que les convierte en no responsables o solo algo responsables de sus actos.

14°.-En las sentencias judiciales disponibles, a los homicidas psicóticos se les exime de su responsabilidad, aplicándose medidas de seguridad.

-En los Tr de personalidad, los Tr por consumos y los homicidas sin diagnóstico se aplican sentencias condenatorias, con y sin atenuantes médicas. Para la aplicación de estas atenuantes es fundamental el informe médico-forense.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**





- Abel Souto M. (2015) Cadena perpetua por delitos contra la Comunidad internacional (art 605.1, 607 y 607 bis) En Gonzalez Cussac J.L (Director).
- Akers, R.L. Aplicaciones de los principios del aprendizaje social. Algunos programas de prevención y tratamiento de la delincuencia. En J.L. Guzmán Dálbora y A. Serrano Maíllo (2006). Derecho penal y criminología como fundamento de la política criminal: estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez (pp. 1117-1138). Madrid: Dykinson.
- Akers, R.L. y Sellers, C.S. (2004). Criminological theories: Introduction, evaluation and application. Los Angeles (EEUU): Roxbury Publishing Company.
- Alcázar-Córcoles, M.Á. Verdejo-García, A., Bouso-Saiz J.C., Bezos-Saldaña L. (2010) Neuropsicología de la agresión impulsiva Rev Neurol; 50 (5): 291-299.
- Allnutt S., Samuels A. O'Driscoll C. (2007). The insanity defence: from wild beasts to M'Naghten. Australasian Psychiatry 15(4):292-298.
- Ambade VN, Godbole HV, Kukde HG. (2007) Suicidal and homicidal deaths: a comparative and circumstantial approach. J Forensic Leg Med;14:253-60.
- Amnistía Internacional (2013) Informe 2013 El Estado de los derechos humanos en el mundo. Ed en castellano por Amnistía iNternacional (EDAI). ISBN 978-84-96462-39-7. Disponible: [www.amnesty.org/es](http://www.amnesty.org/es). Consulta enero 2015.
- Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W., et al. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62(3), 247–255.
- Andrés Pueyo A. y Redondo Illescas S. (2007) Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. Papeles del Psicólogo. Vol. 28(3), pp. 157-173
- Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S (2003) Courtesy stigma. A focus group study of relatives of Schizophrenic patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38:593–602.
- Angermeyer, M. C., Cooper, B. y Link, B. (1998). Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 33(Suppl), 1-6.
- Appleton, C., & Grover, B. (2007). The pros and cons of life without parole. British Journal of Criminology, 47, 597–615.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C. & Monahan, J. (2000) Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. American Journal of Psychiatry, 157, 566 -572.
- Appleby L. Kapur N. Shaw J. Hunt IM While D. Flynn S. Windfuhr K. Williams A. (2013) The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness Annual Report Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales. The University of Manchester. <http://>

[www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhr/research/centreforsuicideprevention/nci](http://www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhr/research/centreforsuicideprevention/nci). Consultado mayo 2015.

- Appleby L., Shaw J. Kapur N. Windfuhr K. Ashton A. Swinson N While. D- (2006) NCISH Avoidable Deaths five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. The University of Manchester.
- Appleby, L., Shaw, J., Sherratt, J., Amos, T., Robinson, J., McDonnell, R., et al. (2001). Safety first: Five-year report of the National Confidential Inquiry into uicide and Homicide by People with Mental Illness. London: Department of Health. Amnistia Internacional (2013) Informe Annual. Disponible web: <https://www.amnesty.org.Consulta> diciembre 2015.
- Arbach Karin y Andrés Pueyo Antonio (2007) Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20 Septiembre , número 3 Vol-28.
- Arias Eibe M.J. (2005) La circunstancia agravante de alevosía. Estudio legal, dogmático-penal y jurisprudencial. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología 07-03 Disponible en [criminet.ugr.es/recpc/07/recpc07-03.pdf](http://criminet.ugr.es/recpc/07/recpc07-03.pdf).
- Arseneault L. Moffitt T.E, Caspi A. Taylor P. J., Silva P. A. (2000) Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort: Results From the Dunedin Study. Arch Gen Psychiatry. 57(10):979-986.
- Baeza I. Graell M. Moreno D. Castro-Fornieles J. Parellada M. González-Pinto A., Payá B. Soutullo C. de la Serna E.. Arango C. (2009) Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: Influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study). Schizophrenia Research 113 (2009) 129–137.
- Barber C.W. Azrael D., Hemenway D., Olson L.M., Nie C., Schaechter J., Walsh S. (2008) Suicides and Suicides Attempts Following Homicide. Homicide Studies, 12(3), 285-297.
- Barbera Pera S., Dailliet A (2005) Homicide par des malades mentaux: analyse clinique et criminologique L'Encéphale; 31: 539-49, cahier 1.
- Barraclough, B. & Harris, C.E. (2002). Suicide preceded by murder: the epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988-92. Psychological Medicine, 32, 577-584.
- Basoglu, C., Oner, O., Ates, A., Algul, A., Bez, Y., & Cetin, M. (2011). Synaptosomal-associated protein 25 gene polymorphisms and antisocial personality disorder: Association with temperament and psychopathy. Canadian Journal of Psychiatry, 56(6), 341–347.
- Becker, C.M., Glascoff M.A., Felt W.M. (2010) Salutogenesis 30 Years Later: Where do we go from here? International electronic Journal of Health Educaction; 13: 25-32.
- Bénézech M, Le Bihan P et Bourgeois ML. (2002) Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-906-A-10, 15 p.

- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bhakta S G. Zhang J-P., Malhotra AK (2012) The COMT Met1 58 allele and violence in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 140 (2012) 192–197.
- Bhallaa K., Harrisonb JE, Fingerhutc L A., Shahraza S Abrahama J and Yeha Pon-Hsiu; (2011) on behalf of the Global Burden of Disease Injury Expert Group The global injury mortality data collection of the Global Burden of Disease Injury Expert Group: a publicly accessible research tool *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* <http://www.informaworld.com/terms-and-conditions-of-access.pdf>.
- Bjørkly Stål (2013) A systematic review of the relationship between impulsivity and violence in persons with psychosis: Evidence or spin cycle? *Aggression and Violent Behavior* (article in press).
- Bjørkly Stal (2002) Psychotic symptoms and violence toward others a literature review of some preliminary findings Part 2. Hallucinations *Aggression and Violent Behavior* 7 605–615.
- Blom R.M Samuels J.F., Riddle M.A, Bienvenu O. J. Grados M A Reti I. M., Eaton WW. , Liang Kung-Yee, Nestadt G. (2011) Association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) and personality disorder traits in a community sample. *Journal of Psychiatric Research* 45 1153-1159.
- Bo S., Abu-Akel A., Kongerslev M., Haahr U.H., Simonsen E. (2011) Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review* 31, 711–726.
- Boer Olivier B. Veening J. Koolhaas J.M. (2015) The neurobiology of offensive aggression: Revealing a modular view. *Physiology & Behavior* 146 111–127 <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.04.040>.
- Borja K. Ostrosky F. (2013) Early traumatic events in psychopaths. *J. Forensic Sci.* Jul, 58 (4) 927-31. Doi: 10.1111/1556-4029.
- Brekke J.S., Prindle C., Woo Bae S., et la (2001) Risk fon individuals with schyzophrenic who are living in the community. *Psychiatric services* 52, 1358-1366.
- Brender Natalie (2012) Resumen del informe de Robert Mugahh: Investigando el dilema Humano, urbanización, violencia y pobreza. Publicación del Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo disponible: [www.idrc.ca](http://www.idrc.ca).
- Brookman, F. (2005). *Understanding homicide* . London: Sage.
- Bureau of Justice Statistics. (2010). *Homicide Trends in the U.S.* Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Caballero Martinez Luis (2005) Adicción a la cocaína: Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Publicado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de la Secretaria General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Caballero L. (1998) Psicosis cocaínica. Congreso Anual de Sociodrogalcohol: Tarragona.
- Caballero L, Alarcón A. (2000) «Cocaína y cocainomanía en atención primaria» En FCS (ed). Drogas y drogodependencia en atención primaria, vol II. pp. 205-244. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.
- Cafaro L. Martínez R. Mazzei A. (2011) Terrorismo de Estado, violencia intrafamiliar y producción de subjetividad Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011).
- Camí J, Farré M (2003) Bases neurobiológicas de la adicción a drogas. Drug Addiction, The New England Journal of Medicine, 349; 975-986.
- Campbell MC Homicide and Punishment in Europe: Examining National Variation, en Liem M.C.A and Pridemore W.A. (eds.) (2012) Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, 3 and Country Studies, DOI 10.1007/978-1-4614-0466-8\_1, Springer Science.
- Campos Mansilla B. (2010) El feticidio e infanticidio femenino. Nómadas, revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. 27 (2010.3).
- Cancio Meliá M. (2013) La pena de cadena perpetua (“la prisión permanente revisable”) en el Proyecto de Reforma del Código Penal. Diario La Ley nº 8175. La Ley Penal. Ed LA LEY.
- Cantor-Graaea, E. Nordstrom L.G., McNeil T.F (2001) Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden Schizophrenia Research 48 (2001) 69±82
- Carbonell Mateu, J. C. (2015) Sobre la imputabilidad en el Derecho Penal Español. Consejo General del Poder Judicial. La imputabilidad en general en el Derecho penal. 17/1992. pag. 9-31. código CP921701.
- Carbonell Mateu, J. C. (1992) Sobre la imputabilidad en el Derecho Penal Español. Consejo General del Poder Judicial. La imputabilidad en general en el Derecho penal. 17/1992. pag. 9-31. código CP921701
- Carol A. Rolf, J.D (2006). From M’Naghten to Yates – Transformation of the insanity defense in the United States – Is it still viable?. Rivier College Online Academic Journal, 2 (1):1-18. Disponible en: <http://www.rivier.edu/journal/ROAJ-2006-Spring/J41-ROLF.pdf>.
- Carrasco Gómez J.J. y Maza Martín, J.M. (2011) Manual de Psiquiatría Legal y Forense 4ª Edición. LA LEY. Madrid.
- Carrasco Ortiz M.A. y Gonzalez Calderón M.J. (2006) Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. Acció psicológica vol 4, nº 2 7-38

- Carter Adam J., Mann Ruth E. and Wakeling Helen C. (2007) Sexual Killers and Post Mortem Sexual Interference Offenders: Assessment, Treatment and Risk Management. Disponible: pag. web Correctional Service Canada. www.csc-scc.gc.ca
- Caspi, A. Hariri, A.R. Holmes, A. Uher, R. and Moffitt, T.E. (2010) Genetic Sensitivity to the Environment: The Case of the Serotonin Transporter Gene and Its Implications for Studying Complex Diseases and Traits Published in final edited form as: *Am J Psychiatry.*; 167(5): 509–527 doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101452.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW et al. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*; 297: 851–854.
- Castells Manuel (2004) *La Sociedad red: una visión global*. Alianza editorial.
- Castilla Del Pino, C. (1990) *El informe psiquiátrico Penal. Seminario sobre la Protección de los Derechos y Libertades de los Enfermos Mentales en el marco de la Reforma Psiquiátrica y Legislativa*. Universidad Internacional Menéndez Pelayo Sevilla.
- Catanesi R. Carabellese F. Troccoli G. Candelli Ch. Grattagliano I. Solarino B. Fortunato F. (2011) Psychopathology and weapon choice: A study of 103 perpetrators of homicide or attempted homicide *Forensic Science International* 209 149–153.
- Cervelló Donderis V. (2015) Prisión permanente revisable II (art 36) En Gonzalez Cussac J.L. (Director) *Comentarios a la Reforma del Código Penal de 2015*. Pag 205 y ss. Ed Tirant lo Blanch.
- Cloninger R. (1987) Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism *Science* ; 236 : 410-416.
- Cloninger R. (1987b) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch. Gen Psychiat.* 44: 573-588.
- Cobo Del Rosal, M., Vives Antón, T. S. (1984) "Derecho Penal. Parte General", Universidad de Valencia, Valencia, pág. 461.
- Coccaro E., Beresford B., Minar P., Kaskow J., Geriocioti T (2007) CSF Testosterone: Relations to aggression, impulsivity and venturesomeness in adult males with personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, Vol 41, Issue 6, 488-492.
- Coid J, Yang M., Tyrer P., Roberts A. and Ullrich S. (2006a) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain *BJP*, 188:423-431.
- Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, et al. (2006b) Violence and psychiatric morbidity in a national household population – A report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology* 164: 1199-1208
- Coid J. (2003) Epidemiology, public health and the problem of personality disorders. *Br j. Psychiatry* 182(44):3s-10.

- Código Penal español (aprobado por LO 10/1995, de 23-11) corrección de errores BOE 2-3-1996.
- Compton PA, Ling W, Charuvastra C, Klett CJ. (1995) Buprenorphine as a pharmacotherapy for cocaine abuse: a review of the evidence. *J Addict Dis*;14: 97-114.
- Consejo general del Poder Judicial (2014). Análisis de las Sentencias dictadas por los Tribunales de Jurado y por las Audiencias Provinciales en el año 2011 relativas a los homicidios y Asesinatos consumados entre los miembros de la pareja o expareja. Grupo de Expertos/as en Violencia doméstica y de género del CGPJ. Disponible web: <http://poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Análisis-de-las-Sentencias-dictadas-por-los-Tribunales-de-Jurado-y-por-las-Audiencias-Provinciales-en-el-año-2011-relativas-a-los-homicidios-y-Asesinatos-consumados-entre-los-miembros-de-la-pareja-o-expareja>.
- Consejo General de Poder Judicial, Sección del Observatorio contra la Violencia doméstica y de género (2011) Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o expareja Disponible web: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividades-del-Obsevatorio/Memorias>.
- Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia doméstica y de género (2010) Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja y expareja. Disponible web: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividades-del-Obsevatorio/Memorias>.
- Consejo General del Poder Judicial (2009) Informe al Anteproyecto de Ley Orgánica por el que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Acuerdo de 18 de Febrero de 2009. Disponible web: <http://www.poderjudicial.es>.
- Consejo General del Poder Judicial (1992) La imputabilidad en general en el Derecho penal.. pag. 9-31. código CP 9217 01.
- Cook, P. J. Ludwig J Braga, A A. (2005) Criminal Records of Homicide Offenders *JAMA*. 2005;294(5):598-601. doi:10.1001/jama.294.5.598.
- Cornell, D., Warren, J., Hawk G., Stafford E., Oram, M.G. y Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Corrigan P W. Watson A C. (2005) Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research* 136 153– 162
- Cortes Domínguez, V. & Moreno Catena, V. (2008). Derecho Procesal Penal. Valencia: Tirant Lo Blanch
- Cotter Adams (2014) Homicide in Canada 2013. Canadian Centre for Justice Statistics Statistics Canada. [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

- Craig, M. C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R., Daly, E., Kanaan, R., et al. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, 14, 946–953.
- Cuesta M. J García de Jalón E. Campos M.S. Ibáñez B. Sánchez-Torres A.M. Peralta V. (2012) Duration of untreated negative and positive symptoms of psychosis and cognitive impairment in first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 141: 222–227
- Chan H.Ch. (2012) "What Propels Sexual Homicide Offenders? Testing an Integrated Theory of Social Learning and Routine Activities Theories" *Graduate Theses and Dissertations*. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4002>
- Chermack ST., Blow F C (2002) Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence* 66 (2002) 29–37
- Cherpitel C.J., and Ye Y. (2010) Alcohol and Violence-related injuries among Emergency room patients in an International perspective *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. Jul 1; 16(4): 227–235. doi: 10.1177/1078390310374876
- Chomsky Noam (2003) *Piratas y Emperadores*. Ediciones B S.A.
- Darke S. (2010) The toxicology of homicide offenders and victims: A review. *Drug and Alcohol Review* 29, 202–215
- Darke S, Duflou J. (2005) Toxicology and circumstances of death of homicide victims in New South Wales, Australia 1996–. *J Forensic Sci* 2008;53:447–51.
- Daunis Rodríguez A. (2013) La prisión permanente revisable. Principales argumentos en contra de su incorporación al acervo punitivo español. *Revista de Derecho Penal y Criminología* 3ª época nº 10: 65-114.
- Davies M and Mouzos J (2007) Homicide in Australia: 2005–06 National Homicide Monitoring Program annual report <http://www.aic.gov.au>
- Del Barrio, M. V. (2004) Socialización inadecuada. VIII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Del Carpio Delgado J. (2012). La pena de prisión permanente revisable en el Anteproyecto de 2012 de Reforma del Código Penal Diario la Ley Nº 8004. LA LEY PENAL. Ed. LA LEY
- De la Peña Fernández Mª Elena (2010) Conducta antisocial en adolescentes. Factores de riesgo y de protección. Tesis doctoral de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Delgado, S. (1994). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid: Colex.
- DSM-5 (2014) Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición. Ed Médica Panamericana.



- Dietrich Herzberg R. (2008): Reflexiones sobre la teoría final de la acción. Revista electrónica de Ciencia Penal y criminología. Disponible en: <http://criminet.ugr.es/recpc/10/recpc10-01.pdf>.
- Diez Ripollés J.L. (2007) Aspectos generales de la imputabilidad. Actual Doctrina de la Imputabilidad Penal. Estudios de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial. pag 15-34 Madrid.
- Diez Ripollés J.L. Gracia Martín L., Lorenzo Copello P. (1997). Comentarios al Código Penal. Parte especial I. Títulos I a VI y faltas correspondientes. Título I Del Homicidio y sus formas, pp 35-50. Tirant lo Blanch. Valencia.
- Dixon L. (1999) Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. Schizophr Res; 35: S93-S100.
- Donnerstein E. ¿Qué tipo de violencia hay en los medios de comunicación? El contenido de la televisión en los Estados Unidos en Sanmartin (2005) Violencia, televisión y cine. Editorial Ariel.
- Donohue A, Arya V, Fitch L, Hammen D (2008). Legal insanity: assessment of the inability to refrain. Psychiatry (Edgmont) Mar;5(3):58-66.
- Douglas K.S., Guy L.S. Hart S.DS. (2009) Psychosis as a Risk Factor for Violence to Others: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin, vol 135, nº 5, 679-706.
- DSPD Programme (2004). Dangerous and severe personality disorder (DSPD). High secure services. Planning and delivery guide. Department of Health, Home Office, HM Prison Service: London.
- Dubreucq J.-L. Joyal C. Millaud F. (2005) Risque de violence et troubles mentaux graves Risk of violence and serious mental disorders. Annales Médico Psychologiques 163: 852–865.
- Dukarm, C.P., Byrd, R.S., Auinger, P., Weitzman, M. ( 1996) Illicit substance use, gender, and the risk of violent behavior among adolescents. Arch. Pediatr. Adolesc. Med.;150:797–801.
- Eagleton Terry (2001) La idea de cultura- Paidos, Barcelona.
- Echeburua E. (1998) Personalidades violentas. Ed Pirámide.
- Eisner Manuel (2012): What Causes Large-scale Variation in Homicide Rates? Working Paper, Final revised version to be published in in Heinze, Juergen and Kortuem, Henning (eds.) Aggression in Humans and Primates. Berlin: de Gruyter.
- Eisner Manuel (2003) Long-term historical trends in violent crime. Crime and Justice: A review of research, 30, 83-142.



- Eisner Manuel (2001) Modernization, self-control and lethal violence The Long-term Dynamics of European Homicide Rates in Theoretical Perspective *Brit. J. Criminol.* **41**, 618–638 .
- Ekinci, O., & Ekinci, A. (2012). Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2012.687767> (Avance online publication).
- Elbogen, Eric B Johnson, Sally C. (2009) The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions *Arch Gen Psychiatry*;66(2):152-161
- Elias Norbert (1939) El proceso de civilización. Investigaciones socio genéticas y psicogenéticas Ed Fondo de Cultura económico.
- Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D (2001) Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Crim. Behav. Ment. Health.* **11**, 6–26.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J (1996) Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*; **53**: 497-501.
- Estroff, S.E. & Zimmer, C. (1994) Social networks, social support and violence among persons with severe, persistent mental illness. In: J. Monahan, & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp.269-295). Chicago: University of Chicago press.
- Eysenck, S. B. y Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, **43**, 1247-1255.
- The European Homicide-Suicide Study (EHSS) Disponible [www. ehss.mpicc.de/](http://www.ehss.mpicc.de/). Consultado noviembre-diciembre 2015.
- Fabian John Matthew (2010) Neuropsychological and neurological correlates in violent and homicidal offenders: A legal and neuroscience perspective *Aggression and Violent Behavior* **15** (2010) 209–223.
- Fazel S. Buxrud P. Vladislav R. Grann Martin (2010) Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study. *Schizophrenia Research* **123** 263–269
- Fazel S. Gulati G. Linsell L. Geddes J.R. and Grann M. (2009.1) Schizophrenia and violence: Systematic review and Meta-Analysis. *PLoS Med* August **6**(8): e1000120..
- Fazel, S Långström Ns, Hjern, A; Grann, M Lichtenstein P (2009.2) Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime *JAMA*. 2009;301(19):2016-2023
- Fazel S. Grann M. (2006) The Population Impact of Severe Mental Illness on violent Crime. *A.J. Psychiatry*; **163**: 1397-1403.-

- Fazel S , Grann Martin (2004) Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry* ; 161:2129–213.
- Fazel S. Danesh J. (2002) Serious Mental Disorders in 23.000 prisoners: a Sistematic review of 62 surveys. *The Lancet*, vol 359; 545-550.
- Federal Bureau of Investigation. (FBI) Expanded Homicide Data Tables 2012- 2013 <http://www.fbi.gov>. Consultado repetidamente en 2014.
- Felson R.B., Burchfield K.B and Teasdale B. (2007) The Impact of Alcohol On Different Types of Violent Incidents. *Criminal Justice and Behavior* <http://cjb.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/8/1057>.
- Fernandez Arribas G. (2013) Análisis sobre la Responsabilidad del Estado Mexicano por los crímenes contra las mjeres en Ciudad Juarez en base al asunto de la CIDH “Campo Algodonero” july-december Colombia, vol. 4,02.
- Fernández Espejo E. (2002) Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Rev neurol*; 34: 659-64]
- Fernández-Montalvo J. y Echeburúa E. (2008) Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 2, pp. 193-198.
- Fiscalía General del Estado. Memoria 2013 y Memoria 2014. Disponible web: <http://www.fiscal.es/>.
- Flynn Sandra (2013) A mixed Methods Study of Homicide Followed by Suicide. A thesis to The University of Manchster, Faculty of Medical and Human Sciences.
- Foley DL, Eaves LJ, Wormley B, Silberg JL, Maes HH, Kuhn J, Riley B, Kuhn J, Riley B (2004) Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder. *Arch Gen Psychiat* 61: 738-744.
- Fortuna LR. (2009) Adolescent Substance Abuse: Psychiatric Comorbidity and High Risk Behaviors. *Psychiatr Serv.*; 60:128.
- Fox J.A. and Levin J. (2005) *Extreme Killing: Understanding Serial and Mass Murder*. London:Sage.
- Gallardo-Pujol, C.G. Forero, A. Maydeu-Olivares, A. Andrés-Pueyo (2009) Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente *Rev neurol*; 48 (4): 191-198.
- Galtung J. (2003) Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización (Trad. Teresa Toda), Bilbao ed Bakeaz.
- Ganpat Soenita, Granath Sven, Hagstedt Johanna, Kivivuori Janne, Lehti Martti, Liem Marieke and Nieuwbeerta Paul (2011) Homicide in Finland, the Netherlands and Sweden A First Study on the European Homicide Monitor Data. The Swedish National Council for

Crime Prevention, The National Research Institute of Legal Policy and The Institute for Criminal Law and Criminology at Leiden University Ed Springer Science.

- Garrido Genovés Vicente (2004) Cara a cara con el psicópata. Ed Ariel.
- Garrido Genovés V. y Redondo Illescas S. (2013) Principios de Criminología. Manuales de Derecho Penal) 4ª Edición Ed. Tirant lo Blanch.
- Geddes R., J. R., and Fazel, S. (2012) Personality Disorders, violence, and Antisocial Behavior: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775-792. doi: 10.1521/pedi.2012.26.5.775.
- Gil-Verona J.A. Pastor. J.F de Paz, F. Barbosa M , Macías-Fernández J.A., Maniega. M.A, Rami-González L., Cañizares-Alejos S. (2003) Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Rev. Neurol*; 36 (4): 361-365.
- Gillet, C., Polard, E., Mauduit, N. & Allain, H. (2001). Acting out and psychoactive substances: alcohol, drugs, illicit substances. *Encephale*, 27, 351-359.
- Giorgi-Guarnieri D., Jeffrey Janofsky Jd., Keram E. and cols. (2002). Practice Guideline. Forensic Psychiatric Evaluation of Defendants Raising the Insanity Defense. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 30:2 (supplement). Disponible en: <http://www.aapl.org/pdf/Insanity%20Defense%20Guidelines.pdf>
- Gisbert Calabuch (2004) Tratado de Medicina Legal y Forense, 6ª Edición. Ed Elsevier-Masson.
- Glenn A.L. and Raine A. (2014) Psychopathy. Ed New York University Press.
- Glenn A.L y Raine A. (2009) Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives *International Journal of Law and Psychiatry* 32 253–258.
- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. En J.A. Inciardi & K. McElrath (Eds.), *The American Drug Scene: An Anthology*. Los Angeles: Roxbury Publishing Co.
- Golenkov A Large M, Nielsen O, Tsymbalova A (2011) Characteristics of homicide offenders with Schizophrenia from the Russian Federation *Schizophrenia Research* 133 232–237
- González Guerrero L. (2011) Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal. Tesis doctoral de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I <http://eprints.ucm.es/14431/1/T33360.pdf>
- Gonzalez Pinto , Vega P, Ibañez B, Mosqueta F, Barbeito S, Gutierrez M, Ruiz de Azua S, Ruiz I, Vieta E (2008) Impact of cannabis and other drugs on age at onset of psychosis. *Journal Clin Psychiatry*, 69 (8) 1210-16.

- Gonzalez Torres MA (2014) A quest for truth or solidarity? A third way ahead for psychoanalysis. International Forum of Psychoanalysis. DOI: 10.1080/0803706X.2014.953579.
- Gonzalez Torres M.A. y Fernandez Rivas A. Self Identity and Gender Differences en Saez-Herrero M. (2015) Psychopathology in women. Capítulo 4º. Ed Springer.
- González MA, Abeijón JA, Bustamante S, Elizagárate E, Larrínaga M, Lasa A, Muñoz P, Querejeta I, Rodríguez I, Salazar MA., González de Artaza M. Abordajes de los trastornos de la personalidad en la red de Salud Mental del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoira-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-01.
- Gonzalez-Torres, M.A. Oraa R. Arístegui M. Fernandez-Rivas A. Guimon J. (2006) Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members A qualitative study with focus groups. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol DOI 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Granado Perez C. (1999) Objeto material en los delitos contra las personas en Delitos contra las personas. Manuales de Formación Continuada 3, pag 241-254. Consejo General del Poder Judicial.
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. (2008) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry.;69:533–545.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., et al (2004). "Co-occurrence of 12 month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions." Archives of General Psychiatry **61**: 361-368.
- Guacimara Rodriguez, Camacho J., Rodrigo M. J. Martin J.C. y Maiquez M.L. (2006) Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipal Psicothema. Vol. 18, nº 2, pp. 200-206.
- Hägström E. and Peterson J. (2012) Characteristics of Intimate Partner Homicide Perpetrators The Swedish National Board of Forensic Medicine in Huddinger and Mid Sweden University. Bachelor's Thesis Institution of Health Sciences. Mid Swedwn University.
- Hall J., Harris JM. Sprengelmeyer R., Sprengelmeyer A., Young A.W., Santos I.M., Johnstone E.C., Lawries S.M. (2004) social cognition and face processing in schizof;phrenia. British Journal of Psychiatry, 185; 169-170.
- Häkkanen-Nyholm H and. Hare R. D (2009) Psychopathy, Homicide, and the Courts: Working the System in press by Criminal Justice and Behavior
- Häkkanen-Nyholm H. Putkonen H Lindberg. N. Holi M. Rovamo T., Weizmann-Henelius G. (2009.b) Gender differences in Finnish homicide offence characteristics. Forensic Science International 186 75–80.

- Häkkinen H, Weizmann-Henelius G, Putkonen H, Lauerma H (2008) The role of gender in claiming partial or complete homicide-related amnesia. *Personality and Individual Differences* 45: 597–601.
- Hakkanen H. and Laajasalo (2006) Homicide crime Scene Behaviors in a Finnish Sample of Mentally ill Offenders. *Homicide studies*.
- Hakkanen, H. (2005). "Homicide by ligature strangulation in Finland: offence and offender characteristics." *Forensic Science International* 152(1): 61-64.
- Hare R. D (2010) Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada. Adaptadores a muestra española: R. Torrubia, R. Poy, J. Moltó, Philip R. Grayston y S. Corral PCL-R. TEA ediciones.
- Hare R. (2004a) Sin conciencia. Ed Paidós.
- Hare, R. y Babiak, P. (2004b). "Snakes in suit: When psychopaths go to work". Ponencia presentada en el Curso sobre Avances Actuales de la Psicopatía. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, noviembre de 2004.
- Hare, R. D. (2003). Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Hare R.D. (2000) "La naturaleza de los psicópatas: algunas claves para entender la violencia depredadora humana" En A. Raine y J. Sanmartin (Eds) : *Violencia y psicopatía* Barcelona. Ed Ariel.
- Hatters Friedman S. et al (2005) Filicide-Suicide: Common Factors in Parents Who Kill Their Children and Themselves. *Journal of The American Academy of Psychiatry and Law* 33, 496-504.
- Heide K.M. and Petee T.A. (2007) Parricide: An Empirical Analysis of 24 Years of U.S. Data *J Interpers Violence* 22; 1382. DOI: 10.1177/0886260507305526
- Hiatt, K. (2007). Immigrant danger? Immigration and increased crime in Europe. Retrieved March 2, 2007, from <http://www.escholarship.org/uc/item/3gt4s8w0>.
- Hicks BM, Vaidyanathan U, Patrick CJ. (2010) Validating female psychopathy subtypes: differences in personality, antisocial and violent behavior, substance abuse, trauma, and mental health *Personal Disord.* 2010 Jan;1(1):38-57
- Hicks BM, Markon KE, Patrick CJ, Krueger RF, Newman JP (2004). Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychol Assess.* Sep;16(3):276-88.
- Hillbrand M., Alexandre J.W., Young J.L., Spitz R.T. (1999) Parricides: Characteristics of Offenders and Victims, legal factors and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 4, No. 2, pp. 179–190.

- Hodgins S. Riaz M. (2011) Violence and phases of illness: Differential risk and predictors. *European psychiatry* 26; 518-524.
- Hodgins, S. Cree A., Alderton J. and Mak T. (2008) From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychological Medicine* (2008), 38, 975–987
- Hodgins S. (2008.2) Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention
- Hodgins S, Toupin J, Cote G. (1996) Schizophrenia and antisocial personality disorder: A criminal combination. In: Schlesinger LB, editor. Springfield IL: Charles Thomas Publisher;. pp. 217–37. *Explorations in criminal psychopathology: clinical syndroms with Forensic Implications*.
- Hodgkinson, P. (2004). Alternatives to the death penalty –The United Kingdom experience. In Co Europe (Ed.), *The death penalty: Beyond abolition* (pp. 159–190). Strasbourg: Council of Europe.
- Howard R. Khalifa N., Duggan C. and Lumsden J. (2012) Are patients deemed ‘dangerous and severely personality disordered’ different from other personality disordered patients detained in forensic settings? *Criminal Behaviour and Mental Health* 22: 65–78.
- Howard RC (2011) The quest for excitement: A missing link between personality disorder and violence? *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. DOI: 10.1080/14789949.2011.617540.
- Howard RC, Huband N, Duggan C, Mannion A. (2008) Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *J Personal Disord.*;22:589–603.
- Huang Y. R. Kotov et al (2009) DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195 (1) 46-53.
- Hubber, D. Veinante, P. Stoop R. (2005) Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala, *Science* 308 245–248.
- Huessman L.R. La conexión entre la violencia en el cine y la televisión y la violencia real, en Sanmartin, Grisolia JS, Grisolia S. (2005) *La violencia, televisión y cine*. 2ª edición, Ed Ariel.
- Huessman L.R., Eron L.D. (1986) *Television and the Aggressive Child: A Cross-National Comparison*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum,
- Hughes FM, Stuart GL, Gordon KC, Moore TM. (2007) Predicting the use of aggressive conflict tactics in a sample of women arrested for domestic violence. *J Soc Pers Relat.*; 24:155–176
- Instituto Nacional de Estadística INE (2014) disponible [www.ine.es](http://www.ine.es)

- Jacob CP, Müller J, Schmidt M, Hohenberger K, Gutknecht L, Reif A, Schmidtke A, Mössner R, Lesch KP (2005) Cluster B personality disorders are associated with allelic variation of monoamine oxidase A activity. *Neuropsychopharmacology* 30: 1711–8.
- Jiménez Martínez C. (2012). La libertad vigilada en el CP de 2010. Especial mención a la libertad vigilada para imputables peligrosos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3ª Época 7:13-50.
- Joyal C.C, Dubreucq J.L, Gendron C. and Millauda F. (2007) Major Mental Disorders and Violence: A Critical Update. *Current Psychiatry Reviews*, 3, 33-50 33
- Joyal, C.C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433–442.
- Joyal C.C., Hallé P, Hodgins S, Lapierre D (2003) Letter to the editor: drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 63, 297–299.
- Kandel E, Schwartz JH, Jessell TM. (2001) *Principios de Neurociencia*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- .Kendler KS and Prescott CA. (1998) Cocaine use, abuse and dependence in a population-based sample of female twins. *Br J Psychiatr*; 173: 345-50.
- Kernberg O.F. (2012) *The inseparable Nature of Love and aggression*. Clinical and theoretical perspectives. Ed American Psychiatry publishing.
- Kernberg, O.F. (2005) “El odio como afecto nuclear de la agresión”. En: *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapeuta*. Cap. 2, p.p. 27-43. México. Manual Moderno.
- Kernberg O.F. (1992) La patología narcisista hoy. *Sepypma*, Rev 13-14. <http://www.sepypna.com/articulos/patologia-narcisista-hoy/>
- Kerr K.J, Beech A.R, Murphy D. (2013) Sexual homicide: Definition, motivation and comparison with other forms of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior* 18, 1–10.
- Keulen-de-Vos, M., D. P. Bernstein, et al. (2010). "Patient versus informant reports of personality disorders in forensic patients." *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 22(1): 52-71.
- Kim-Cohen, Caspi A, Taylor A, Williams B, Newcombe R, Craig IW and Moffitt TE (2006) MAOA, maltreatment, and gene–environment interaction predicting children’s mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 11, 903–913
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt T.E, Harrington H.L, Milne B.J, Poulton R (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Arch. Gen. Psychiatry.* 60, 709–717

- Kivivuori J. Savolainen J. and Danielsson P. Theory and Explanation in Contemporary European Homicide Research en Liem M.C.A and Pridemore W.A. (eds.) (2012) Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, 3 and Country Studies, DOI 10.1007/978-1-4614-0466-8\_1, Springer Science
- Kivivuori J. Lehti M. Aaltonen M. (2007) Homicide in Finland, 2002–2006 A Description Based on the Finnish Homicide Monitoring System (FHMS) National Research Institute of Legal Policy, Finland. Research Brief 3/2007
- Klein M. (1957) Volumen 3 Envidia y gratitud Traducción: V.S. de Campo, S. Dubcovsky, V. Fischman, H. Friedenthal, A. Koremblit, D. Liberman y otros. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, ed 1988. [ISBN 84-7509-482-1](#))
- Koob GF. (1999) Cocaine reward and dopamine receptors: love at first site. Arch Gen Psychiatr; 56: 1107-8.
- Kuepper Y. Wielpuetz C. Alexander N. Mueller E. Grant P. and Hennig J. (2012) 5-HTTLPR S-allele: a genetic plasticity factor regarding the effects of life events on personality? Genes, Brain and Behavior 11: 643–650
- Kuhns Joseph B., Wilson David B, Maguire Edward R., Ainsworth Stephanie A & Clodfelter Tammatha A. (2009) A meta-analysis of marijuana, cocaine and opiate toxicology study findings among homicide victims. Addiction, 104, 1122–1131.
- Laajasalo T, Mikko Y. y Hakkanen-Nyholm H.(2013) Homicidal behaviour among people with avoidant, dependent and obsessive–compulsive (cluster C) personality disorder. Criminal Behaviour and Mental Health 23: 18–29.
- Laasajalo T. Salenius S., Lindberg N. Tiihonen E.R. Häkkänen-Nyholm H. (2011) Psychopathic traits in Finnish homicide offenders with schizophrenia International Journal of Law and Psychiatry 34 (2011) 324–330.
- Laajasalo Tain Tuulikki (2007) Finnish homicides and Mental disorders: AN investigation of offense and offender characteristics. Academic dissertation. Faculty of Behavioural Sciences of de University of Helsinki .
- Laasajalo T. and Häkkänen H. (2004) Background characteristics of mentally ill homicide offenders a comparison of five diagnostic groups The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology Vol 15 No 3.451–474.
- Lappi-Seppala, T. (2007). Penal policy and prisoner rates in Scandinavia. Cross-comparative perspectives on penal severity. In K. Nuotio (Ed.), Festschrift in honour of Raimo Lahti (pp. 265–306). Helsinki: Faculty of Law, University of Helsinki.
- Large M.M., Nielssen O. (2011) Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Research 125: 209–220
- Large M. Smith G. Nielssen O. (2009) The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis Schizophrenia Research 112: 123–129



- Large, M., Nielssen, O., (2008). Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 43 (1), 37–44.
- Large M, Smith G, Swinson N, Shaw J, Nielssen O. (2008.b) Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years. *Br J Psychiatry.*;193:130–133.
- Laurell J., Dåderman A.M. (2007) Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders: Some reliability issues *International Journal of Law and Psychiatry* 30: 127–135
- Leary M.R. et al (2003) Teasing, Rejection and Violence: Case Studies of the School Shooting. *Aggressive Behavior* 29, 202-214.
- Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. (2008) Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, disponible web [http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM\\_surveillance-a.pdf/](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_surveillance-a.pdf/)
- Lehti M. (2006) Henkirikoskatsaus 1/2006 Published online 1.2.2006. The National Research Institute of Legal Policy, The Police College of Finland. The Police Department of the Ministry Of Interior <http://www.om.fi/optula/uploads/t9qsbsx3velm.pdf>
- Léveillé, S., Lefebvre, J., & Marleau, J.D. (2009). Profil psychosocial des familicides commis au Québec - 1986 à 2000. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 591-596.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE del 31 de marzo del 2015.
- Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE de 23 de Junio de 2010
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE 281 de 24/11/1995.
- Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal- BOE 152 de 27 de Junio de 1983.
- Liechti ME, Vollenweider FX (2000) Acute psychological and physiological effects of MDMA ('Ectasy') after haloperidol treatment in healthy humans. *Eur Neuropsychopharmacol*; 10: 28995.
- Liem, M., & Koenraadt, F. (2008). Familicide: a comparison with spousal and child homicide by mentally disordered perpetrators. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 306–318.
- Liem M.C.A. (2010) Homicide followed by Suicide. An empirical analysis. Disertation Utrecht University, the Netherlands.

- Liem M C.A and Oberwittler D. Homicide Followed by Suicide in Europe en Liem M.C.A and Pridemore W.A. (eds.) (2012) Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, 3 and Country Studies, DOI 10.1007/978-1-4614-0466-8\_1, Springer Science
- Liettu A. Saavala H. Hakko H. Rasanen P. Joukamaa M. (2009) Mental disorders of male parricidal offenders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:96–103
- Lilienfeld S.O. y Widowa, M R. (2005). Manual for the Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R). Lutz, FL: PAR.
- Lockey C.J., Bloom J.D. (2007). The evolution of the American Law Institute Test for insanity in Oregon: focus on diagnosis. *J Am Acad Psychiatry Law* 35:325-329
- Loeber, R. (1990): Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loeber Rolf (2005) Homicide, violence and developmental trajectories. Guilford 202-220
- Lorente Acosta Miguel y Lorente Acosta J. Antonio (1999) Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso). Editorial Comares.
- Lucena J. García, Santos M. Rico A. Blanco M. Jimenez MP, Marin R. Barrero E. (2008) Estudio médico-legal del homicidio en la provincia de Sevilla (2004-2007). Especial referencia a los homicidios de mujeres en el contexto de la violencia de género. *Cuad Med Forense* 14(51): 35-46
- Luna del Castillo J. de D. (2011) Informe preliminar sobre la distribución espacio-temporal de los feminicidios habidos en España entre los años 2003 al 2010. Observatorio de la Violencia de Género perteneciente a la Secretaria de estado de Igualdad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible web [http://www.observatoriovioencia.org/upload\\_images/File/DOC1305197641\\_efecto\\_imitacion\\_informe\\_%20preliminar.pdf](http://www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1305197641_efecto_imitacion_informe_%20preliminar.pdf)
- Lundholm, L. Haggård, U. Möller, J., Hallqvist, J. Thiblin I. (2013) The triggering effect of alcohol and illicit drugs on violent crime in a remand prison population: A case crossover study. *Drug and Alcohol Dependence* 129; 110– 115
- Luzón Peña D.M. (2012) Lecciones de Derecho Penal. Parte General, 2ª Edición Tirant lo Blanch. Valencia, pag 245-252.
- Lveille S, Lefebvre J, Marleau J-D. (2009); Familicide in Quebec: 1986 to 2000. *Ann Med Psychol.* 167:591–596.
- Lykken, D.T. (2000) Las personalidades antisociales. Barcelona: Herder.
- Maghsoodloo S, Ghodousi A, Karimzadeh T. (2012) The relationship of antisocial personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia *J Res Med Sci.* June; 17(6): 566–571.

- Malmquist, C. P. (1996). *Homicide: A psychiatric perspective*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Marietán, H. R. (2008). *El complementario y su psicópata*. Buenos Aires, Argentina: Ananké.
- Marshall I.H.and Summers D. L Contemporary Differences in Rates and Trends of Homicide Among European Nations, en Liem M.C.A and Pridemore W.A. (eds.) (2012) *Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, 3 and Country Studies*, DOI 10.1007/978-1-4614-0466-8\_1, Springer Science.
- Martinez Juarez A. (2009) Estudios de cohorte. *Perinatol Reprod. Hum* 23:18-24 Disponible web, <http://www.imbiomed.com.mx>.
- Martins de Barros D. de Padua Serafim A. (2008) Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Science International* 179 (2008) 19–22
- Marzuk, Peter M, Tardiff, Kenneth and Hirsch, Charles S (1992) The Epidemiology of Murder-Suicide. 23, *JAMA*, Vol. 267, 3179-3183.
- Maurex L., Zaboli G. Öhman A, Åsberg M., Leopardi R (2010) The serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and affective symptoms among women diagnosed with borderline personality disorder.
- McGree J.P. and DeBernardo C.R. (1999) The Classroom avenger. *The Forensic Examiner*, 8, 16-18.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1985). Openness to experience. En R.Hogan y W.H. Jones (Eds.) *Perspectives in Personality* (vol. 1). Greenwich, CT: JAI Press.
- Mckee Gr, Shea S.J. (1998) Maternal filicide: a cross National Comparison. *Journal Clin. Sychol* 54:679-687.
- Medina Juanjo Homicide in Spain en Liem M.C.A and Pridemore W.A. (eds.) (2012) *Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, 3 and Country Studies*, DOI 10.1007/978-1-4614-0466-8\_1, Springer Science
- Megan Davies and Mouzos Jenny (2007) *Homicide in Australia:2005–06 National Homicide Monitoring Program annual report*. Research and Public Policy Series Australian Institute of Criminology.
- Meloy, J. R. (2004) Indirect Personality Assessment of the Violent True Believer. *Journal of Personality Assessment*, 82, 138-146.
- Meloy, J. R. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 1–22.
- Miles Caroline (2012) Intoxication and Homicide. A Context-Specific Approach *Brit. J. Criminol.* 52, 870–888

- Millaud F. Jacques M. Proulx F. Brault J. (2008) Violence intra-familiale. Psychiatrie et violence Vol. 8 no. 1
- Millaud F. Dubreucq J.-L. (2005) Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique Introduction Dangerousness evaluation of psychotic patient Introduction. Annales Médico Psychologiques 163; 846–851
- Ministerio del Interior (2012). Informe General 2012 Instituciones Penitenciarias, Secretaria Técnica de Instituciones penitenciarias Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado Disponible web: <http://publicacionesoficiales.boe.es>. Consultado en 2014.
- Ministerio del Interior, Informe General 2012 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Editado por la Secretaria General Técnica. Consultado en 2014
- Ministerio del Interior (2011). Balance de criminalidad 2011, Secretaria de Estado para la Seguridad. Disponible [www.interior.gob.es](http://www.interior.gob.es). Consulta abril 2015.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2008). Informe de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias, Estudios. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible web: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/Estudes2008.pdf>. Consultado en 2014
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) VII Informe del Observatorio estatal de Violencia sobre la Mujer 2013. ISBN: 978-84-7670-729-6 <http://www.publicacionesoficiales.boe.es> Consultado en 2014
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Informe 2013 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) [www.pnsd.msssi.gob.es](http://www.pnsd.msssi.gob.es) Consultado en diciembre 2015.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) V Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer. Última consulta diciembre 2015.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) Macroencuesta sobre Violencia de Género realizada por el junto con el Centro de Investigaciones Sociológicas. Última consulta diciembre 2015.
- Moltó, J., Poy, R., Pastor, M<sup>a</sup>.C., Montañés S., Segarra P. y Tromo, M<sup>a</sup> P. (2001). Emoción y psicopatía: Estudio experimental sobre el déficit en el procesamiento de información emocional con internos del Centro Penitenciario de Castellón. Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.
- Monahan J. Steadman H. Silver E. Appelbaum P.S., Robbins P.C. Mulvey E.P. Roth L.H. Grisso T. Bank S. (2001) Rethinking Risk Assessment. The McArthur Study of Mental Disorders and Violence. Oxford University press.

- Monahan, J. & Appelbaum, P. (2000) Reducing violence risk: diagnostically based clues from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. In *Effective Prevention of Crime and Violence among the Mentally III* (ed. S. Hodgins), pp. 19 -34. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewia G (2007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* jul 28: 370 (9584) 319-328.
- Muchembled Robert. (2010) *Una historia de la violencia, del final de la Edad Media a la actualidad*. Ed Paidós.
- Mucchielli L. Homicides in Contemporary France, en Liem M.C.A and Pridemore W.A. (eds.) (2012) *Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, 3 and Country Studies*, DOI 10.1007/978-1-4614-0466-8\_1, Springer Science.
- Mueser K.T, Crocker A.G, Frisman L.B, Drake R.E, Covell N.H, Essock S.M (2006) Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophr. Bull.* 32, 626–636
- Mugellini G. Estadísticas internacionales sobre el delito: por qué son necesarias, cómo han de mejorarse y qué se ha logrado hasta la fecha en Foro sobre Delito y Sociedad. (2008) Volumen 7, Número especial. Reunión de datos sobre la delincuencia indicadores y cuantificadores Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC). Nueva York, 2012. ISSN 1020-9263.
- Muñoz M. Perez Santos E. Crespo M. Guillén A.I. (2009) *Estigma y enfermedad mental, análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental*. Ed. Complutense.
- Muñoz Conde F., García Arán M. (2007) *Derecho Penal. Parte General.. Capítulo XVII. La imprudencia*. Pag. 281-291. tirant lo Blanch. 7ª Ed. Valencia
- Nelson RJ, Trainor BC. (2007) Neural mechanisms of aggression. *Nat Rev Neurosci*; 8: 536-46.
- Nestler EJ. (2004) Historical review: molecular and cellular mechanisms of opiate and cocaine addiction. *Trends Pharmacol Sci*; 25: 210-8.
- Nestler EJ, Aghajanian GK (1997) Molecular and cellular basis of addiction. *Science*; 278: 5863.
- Nestor RJ. (2002) Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *Am. J. Psychiatry* 159: 1973-1978.
- Neumayer Eric (2003) Good Policy Can Lower Violent Crime: Evidence from a Cross-National Panel of Homicide Rates, 1980–97\* © 2003 *Journal of Peace Research*, vol. 40, no. 6, 2003, pp. 619–640

- Ni X, Sicarda T, Bulgina N, Bismilb R, Chanb K, McMainb S, and Kennedy JL. (2007) Monoamine oxidase A gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric Genetics*, 17:153–157.
- Nielsen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem M., Labelle A., Häkkanen-Nyholm H., Koenraadt F., Large M.M. (2011). Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophr. Bull.* 37 (3), 572–579.
- Nielsen O, Large M. (2010) Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis *Schizophr Bull.* 2010 July; 36(4): 702–712.
- Nielsen O, Bourget D, Laajasalo T, Liem M, Labelle A., Hakkanen-Nyholm H, Koenraadt F, and Large Matthew M. (2009) Homicide of Strangers by People with a Psychotic Illness *Schizophrenia Bulletin Advance Access* published October 12.
- Nielsen Olav B, Westmore Bruce D, Large Matthew M B and Hayes Robert A (2007) Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002 *Med J Aust*; 186 (6): 301-304.
- Nilsson K, Sjoberg R, Damberg M, Leppert J, Ohrvik J, Alm P, Lindström L., Orelund L. (2005) Role of monoamine oxidase A genotype and psychosocial factors in male adolescent criminal activity. *Biol Psychiatry*; 59: 121–127.
- Nordström A. (2004) Violent offenders with schizophrenia Quantitative and qualitative studies focusing on the family of origin. Umea Universitet Medical Dissertations. ISBN 91-7305-692-8
- Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (2014) Informe europeo sobre drogas. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. [info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) I [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) doi:10.2810/32415. Última consulta diciembre 2015
- Observatorio Europeo de Toxicomanías (2012) Informe Problemas de la drogodependencia en Europa. Disponible: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_190854\\_ES\\_TDAC12001ESC\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_ES_TDAC12001ESC_.pdf).
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2007) *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10).
- OMS Organización Mundial de la Salud (2002) Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Biblioteca de la OPS Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica y Técnica No. 588). ISBN 92 75 31588 4.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1).
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1994) Glosario de términos de alcohol y drogas. Editado por el Ministerio de Sanidad y consumo.

- ONU (2013) Informe anual de la Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños A/HRC/22/55.
- ONU (2010) Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División para el Adelanto de la Mujer.
- Organización de Naciones Unidas de lucha contra las drogas y el crimen (siglas en inglés UNODC) (2008) Foro sobre Delito y Sociedad Número especial Reunión de datos sobre la delincuencia indicadores y cuantificadores.
- ONU (2007) Guía para la Incorporación Legislativa y la aplicación de los Instrumentos Universales contra el Terrorismo.
- ONU (2006) Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer Informe del Secretario General A/61/122/Add.1.
- ONU Informe Pinheiro (2006.b) Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños. Disponible en castellano: [http://www.crin.org/docs/Informe\\_MUndial\\_Sobre\\_Violencia.pdf](http://www.crin.org/docs/Informe_MUndial_Sobre_Violencia.pdf).
- ONU (2004) Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos. Oficina contra la droga y el delito.
- ONU (1948) Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio. Asamblea General en su resolución 260 A (III), de 9 de diciembre de 1948.
- Osakidetza (2007) Estudio Documental sobre drogas y violencia de género. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Ousey G.C. Lee M. R (2002) Examining the Conditional Nature of the illicit Drug Market Homicide relationship: a Partial Test of the Teory of Contingent causation. *Criminology* Volum 40, nº 1..
- Pakaslahti, L. (2000). Childrens' and adolescents' aggressive behaviour in context: the development and application of aggressive problem-solving strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 467-490.
- Palijan T. Ž, Mužinić Lana Radeljak S. (2009) Psychiatric comorbidity in Forensic Psychiatry. *Psychiatria Danubina*, Vol. 21, No. 3, pp 429–436
- Papazian LM. (2001) Literature review on the personalities and patterns of serial killers. *Dissert Abstr Int.*;61: 6144B
- Pavlov K.A., Dimitry A. Pirogov Ch. Chekhonin V. P (2012). Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans. *Human Genetics • Review* [Journal of Applied Genetics](#) February 2012, Volume 53, [Issue 1](#), pp 61-82
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. & Wolff, F. A. (2002) Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773-783.



- Perkins, D.O., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J.A., (2005) Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry* 162 (10), 1785–1804.
- Pinker Steven (2011) *The Better Angels of our Nature* (book) Ed. Penguins Books.
- Porter, S., & Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 481–494). New York: Guilford Press.
- Porter S. Woodworth M. Earle J. Drugge J. and Boer D. (2003) Characteristics of sexual Homicide committed by psychopathics and nonpsychopathics offenders. *Law hum. Behav.* Oct 27 (5): 459-470.
- Porter, S., Birt, A. R., & Boer, D. P. (2001). Investigation of the criminal and conditional release histories of Canadian federal offenders as a function of psychopathy and age. *Law and Human Behavior*, 25, 647–661.
- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Herve, H., Birt, A. R., & Boer, D. P. (2000). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 216–223.
- Pridemore, WA (2002) *Vodka and Violence: Alcohol Consumption and Homicide Rates in Russia*, *American Journal of Public Health* Vol 92, No. 12
- Proulx, J. (2007). Sexual murderer's: Theories, assessment and treatment. Sexual homicide and paraphilia: The correctional service of Canada's Experts Forum (Web address: [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/special\\_reports/shp2007/paraphi102-eng.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/special_reports/shp2007/paraphi102-eng.shtml)).
- Putkonen H. Weizmann-Henelius G. Repo-Tiihonen E. Lindberg N. Saarela T. Eronen, M. and Häkkinen-Nyholm, H. (2010) Homicide, Psychopathy, and Aging—A Nationwide Register-based Case-comparison Study of Homicide Offenders Aged 60 Years or Older. *Journal of Forensic Sciences*, vol, 55, Issue 6. Available online at: [onlinelibrary.wiley.com](http://onlinelibrary.wiley.com).
- Putkonen H., Weimann-Henelius G., Linberg N., Eronen M., Häkkinen H (2009) Differences between homicide and filicide offenders, results of a nationwide register-based case-control study. *BMC* 9:27
- Putkonen A. Kotilainen I., Joyed C.C, and Tiihonen J. (2004) Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders of Mentally 111 Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin* 30(1): 59-72.
- Putkonen H. Collander J. Honkasalo ML and Lönnqvist J. (2001) Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among female offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12 No 2 September 2001 300–312



- Quiroga S. y Cryan 2011 conceptualización teórica acerca de las denominaciones de la violencia juvenil. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Seypna
- Raine Adrian (2013) *The Anatomy of Violence*. Pantheon Book.
- Raine, A., Ishikawa, S., Estibalez, A., Lencz, T., Knuth, K., Birchle, S., et al. (2004). Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. *Biological Psychiatry*, 55, 185–191.
- Raine, A., Lencz, T., Taylor, K., Hellige, J., Birchle, S., LaCasse, L., et al. (2003). Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1134–1142.
- Ramirez, J. (2009). Some dichotomous classifications of aggression according to its function. *Journal of Organisational Transformation and Social Change*, 6(2), 85–101.
- Ramos V. (2011) *Patología forense en Heridas por arma de fuego*. Curso de verano de la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Actualizaciones en medicina legal y forense, 10- 13 de julio
- Raven, M.A., Necessary, B.D., Danluck, D.A., Ettenberg, A., (2000). Comparison of the reinforcing and anxiogenic effects of intravenous cocaine and cocathylene. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 8, 117–124
- Reagu S. Jones R Kumari V. Taylor P. J. (2013) Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophrenia Research* 146 (2013) 46–52
- Rebollo-Mesa I., Polderman Tinca, Moya-Albiol L. (2010) Genética de la violencia humana *Rev Neurol* 2010; 50 (9): 533-540
- Redondo Illescas Santiago y Andrés Pueyo Antonio (2009) *Psicología de la delincuencia* Revista el Observador nº 4, 11-30.
- Reichborn-Kjennerud T. The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues.Clin.Neurosci.* 2010;12:103–114.
- Reid WH, Thorne SA (2007) Personality disorders and violence potential. *Journal of Psychiatric Practice* 13: 261–268.
- Reif A, Rosler M, Freitag CM, Schneider M, Eujen A, Kissling C, Wenzler D, Jacob CP, Retz-Junginger P, Thorne J, Lesch KP (2007) Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacol.* 32: 2375-2383.
- Rhee SH, Waldman ID (2002) Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull*; 128: 490-529.

- Requejo Conde C. (2006) Límite mínimo en la protección de la vida humana independiente. Los nuevos criterios jurisprudenciales. LA LEY, nº 6400, disponible en: [http://www.larioja.org/upload/documents/680596\\_DLL\\_N\\_6400-](http://www.larioja.org/upload/documents/680596_DLL_N_6400-)
- Ressler R.K. (2005) Asesinos en serie. Centro de Estudios Reina Sofía, ed. Ariel.
- Reulbach U, Biermann T. Bleich S. Hillemacher T. Kornhuber J. and Sperling W. (2006) Alcoholism and Homicide with respect to the classification system of Lesch and Cloninger Alcohol & Alcoholism Vol. 42, No. 2, pp. 103–107, 2007
- Richard-Devantoy S. Gohier B. Chocard A-S, Dufлот J-P Lhuillier J-P Garre´J-B (2009) Caracterisation sociodemographique, clinique et criminologique d’une population de 210 meurtriers. Annales Medico-Psychologiques 167: 568–575
- Richard-Devantoy S., Chocardb A.-S., Bourdelc M.-C., Gohiera B. Dufлотd., J.-P. Lhuillier, J.-P e, Garréa J.-B. (2009.a) Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? L’Encéphale **35**, 304—314.
- Richard-Devantoya S, Chocard A.-S., Bouyer-Richard A.-I., Dufлот J.-P, Lhuillier J.-P.e., Gohier B., Garréa J.-B (2008) Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques À propos de 27 expertises Homicide and psychosis: Criminological particularities of schizophrenics, paranoiacs and melancholic A review of 27 expertises. L’Encéphale 34, 322—329
- Rodríguez-Quiroga A. Osácar Ibarrola A. F. y Elegido Fluiters M. T. (2015) Homicidio y enfermedad mental. Un análisis retrospectivo de una serie de casos. Rev Esp Med Legal. 2015;41(1):3---8.
- Rodway C Norrington-Moore V., While D. Hunt I.M., Flynn S. Swinson N, Roscoe A, Appleby L Shaw J. (2011) A population-based study of juvenile perpetrators of homicide in England and Wales. Journal of Adolescence 34: 19-28.
- Rodway C. Flynn S. Swinson N. Roscoe A.. Hunt IM Windfuhr K. Kapur N. Appleby L. and Shaw J. (2009) Methods of homicide in England and Wales: a comparison by diagnostic group. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology Vol. 20, No. 2, April 2009, 286–305.
- Rossell D.R. and Siever L.J. (2015) The neurobiology of aggression and violence. Article in CNS Spectrum. DOI: 10.1017/S109285291500019X. <http://www.researchgate.net/publication/275960475>.
- Rossow I. (2004) Alcohol consumption and homicides in Canada, 1950–1999. Contemp Drug Probl;31:541–59.
- Rossow I. (2001) Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. Addict; 96 (Suppl 1):S77–S92.

- Sadock B.J. Sadock V.A. (2009) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10ª edición. Ed Lippincott Williams & Wilkins. ISBN edición original: 978-0-7817-7327-0
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A (2005) Systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med.; 2(5):413-33.
- Salfati CG, and Canter D. (1999) Differentiating Strager Murders: Profiling Offender Characteristics from Behavioural Styles. Journal of Behavioural Sciences and the Law, 17; 391-406.
- Sanmartin Espluges, Iborras Marmolejo, Garcia Esteve, Martinez Sanchez (2010).- III Informe Internacional Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Ed. Centro Reina Sofia. [http://www.luisvivesces.org/upload/17/59/16\\_-III\\_Informe\\_Internacional\\_Violencia\\_contra\\_la\\_mujer\\_en\\_la\\_relaciones\\_de\\_pareja.pdfS](http://www.luisvivesces.org/upload/17/59/16_-III_Informe_Internacional_Violencia_contra_la_mujer_en_la_relaciones_de_pareja.pdfS)
- San Martín Espugles, Iborra Marmolejo J.I., García Esteve Y., Martínez Sánchez P. (2010b) III Informe Internacional Violencia Contra la Mujer en las Relaciones de Pareja. Estadística y Legislación. Editado por Instituto Reina Sofia de Estudio de la violencia.
- Sanmartin Espluges J. (2007) ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia Revista de Filosofía, nº 42, 2007, 9-21.
- SanMartin Jose, Grisolia J.S. y Grisolia S. (2005b) Violencia, televisión y cine. 2ª edición actualizada Ed Ariel Centro Reina Sofia de Estudio de la Violencia.
- SanMartin J: (2005) El terrorista y sus clases. 2ª edición Ed Ariel.
- Sanmartin J. (2004) El laberinto de la violencia. Centro Reina Sofia de Estudios de la Violencia Ed Ariel.
- SanMartin J. (2000) : La violencia y sus claves. Ed.Ariel.
- Sansone RA y Sansone LA (2009) Borderline Personality and Criminality. Psychiatry (Edgmont). Oct; 6(10): 16–20.
- Sansone RA Sansone LA (2012) Borderline Personality and Externalized Aggression. Innov Clin Neurosci. Mar 9(3): 23–26.
- Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, Rothfleisch M., Bailey S.E., Sayre S.L., Grabowski J. (2000) Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. Drug Alcohol Depend; 60: 189-98
- Sen A. (1992) Missing women. British Medical Journal, 304, 587-588.
- Senon, J.L.. Manzanera C (2005) Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique Ann Med Psychol, 163, pp. 870–877

- Shaw J. Hunt I.M, Flynn S., Meehan J., Robinson J., Bickley H., Parsons R. McCann K, Burn J. Amos T. Kapur N. Appleby L. (2006) Rates of mental disorder in people convicted of homicide. *British J. of Psychiatry*, 188: 143 -147
- Short V., Lennox Ch. Stevenson C., Senior J. Shaw J. (2012) *Mental Illness, Personality Disorder and Violence: A Scoping Review* Published to OHRN website University of Manchester, in electronic PDF format only <http://www.ohrn.nhs.uk>
- Siever Larry (2008) *Neurobiology of Aggression and Violence* *Am J Psychiatry* 11:399-411-
- Skeem J, Johansson P, Andershed H, Kerr M, Louden JE. (2007) Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *J Abnorm Psychol.* May;116(2):395-409. Erratum in: *J Abnorm Psychol.* 2007 Nov;116(4):853.
- Skeem, J. L., Mulvey, E. P., Appelbaum, P. S., Banks, S., Grisso, T., Silver, E., et al. (2004). Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 31(4), 392-437.
- Small Arms Survey Research Notes (2011) Número 9 • Septiembre web en <http://www.smallarmssurvey.org/publications/by-type/research-notes.html>.
- Soloff PH, Meltzer CC, Greer PJ, Constantine D, Kelly TM (2000) A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*; 47:540–547
- Soyka, M., (2011) *Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia.* *Schizophr.Bull.* 37 (5), 913–920.
- Soyka M. Graz C., Bottlender R. Dirschedl P. Schoech H. (2007) Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia *Schizophrenia Research* 94 (2007) 89–98.
- Spierenburg, P. (2001). *Violence and the civilizing process: Does it work?* *Crime, Histoire et Société – Crime, History and Society*, 5, ??
- Stangeland, P., & Garrido de los Santos, M. J. (2004). *El Mapa del Crimen. Mapping crime.* Valencia: Tirant lo Blanch.
- Stirling J, Lewis S, Hopkins R, White C (2005) Cannabis use prior to first onset psychosis predicts spared neurocognition at 10-year follow-up. *Schizophr. Res.* 75, 135–137
- Stretesky PB (2008) National case-control study of homicide offending and methamphetamine use. *J.Interpers violence* Jun;24(6):911-24
- Suarez-Mira Rodriguez C. (2015) *Del homicidio y sus formas (art 18 y ss) en Gonzalez Cussac J.L. (Director) Comentarios a la Reforma del Código Penal de 2015. Pag 439 y ss.* Ed Tirant lo Blanch.

- Swanson J W ;. Swartz, M S;. Van Dorn R A, Elbogen E B, Wagner H. R, Rosenheck, R A; Stroup T. S;. McEvoy J P,. Lieberman J A, (2006) A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia *Arch Gen Psychiatry*.;63(5):490-499.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V. A., Wagner, R. y Burns, B. J. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.
- Swanson JW Borum R Swartz MS Monahan J, (1996) Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Crim Behav Ment Health*; 6317- 338.
- Swartz, M., Swanson, J., Hiday, V., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B. (1998) Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication non-compliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33: S75-80.
- Swinson N. (2013) Personality Disorder in Perpetrators of Homicide, Thesis of University of Manchester in de Faculty of Medical and Human Sciences.
- Swinson N. Flynn S. While M, , Roscoe D., Kapur A. N., Appleby L. and Shaw J. (2011) Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators *The British Journal of Psychiatry* 2011 198: 485-489.
- Swinson N. Ashim B. Windfuhr K. Kapur N. Appleby L. (2007) National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness: new directions. *The Psychiatric Bulletin* 31: 161-163
- Swinson N. and Shaw J. (2007.b) Homicides and mental disorders: The National Confidential Inquiry. *Psychiatry* 6:11.
- Tapia Ballesteros P. (2014). Las Medidas de Seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas. *Revista Jurídica de Castilla y León* 32:1-21
- Taylor Pamela (2006) Delusional Disorder and Delusions: Is There a Risk of Violence in Social Interactions About the Core Symptom? *Behav. Sci. Law* 24: 313–331
- Taylor P. Gunn J. (1999) Homicides by people with mental illness: myth and reality. *The British Journal of Psychiatry* vol 174(1), January, 9-14.
- Taylor, P. J. (1998) When symptoms of psychosis drive serious violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S47 -S54.
- Taylor, P.J. (1985) Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry*, 147: 491-498.
- Taylor P.J, Gunn J. (1984) Violence and psychosis *British Medical Journal*. Volumen 288.
- Tiihonen, J Rautiainen, M-R Ollila, E-H Repo-Tiihonen, M Virkkunen M, Palotie A, Pietiläinen O, Kristiansson K, Joukamaa M, Lauerma H Saarela, J Tyni, S

Vartiainen, H, Paananen J, Goldman D and Paunio T (2015) Genetic background of extreme violent behavior *Molecular Psychiatry* 20, 786-792 (June) | doi:10.1038/mp.2014.130

-Tobeña A. (2008) *Cerebro y poder*. Madrid: La esfera de los libros.

-Tortajara Navarro Sara. (2008) *Cocaína y conductas violentas: Un estudio cualitativo desde una perspectiva de género*. Tesis doctoral. Departament Psicologia Bàsica Universidad de Valencia.

-Trent CLS Pridemore WA (2012) A Review of the Cross-National Empirical Literature on Social Structure and Homicide cap 7 en *Handbook of European Homicide Research Patterns, Explanations, and Country Studies*. Ed Springer Science

-Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Gabinete Técnico (2013). *Doctrina Jurisprudencial de la Sala de lo Penal Año Judicial 2012-2013*. Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/stfls/TRIBUNAL%20SUPREMO/ACUERDOS%20y%20ESTUDIOS%20DOCTRINALES/FICHERO/DOCTRINA%20JURISPRUDENCIAL%20PENAL%2008-09%20\(2\)\\_1.0.0.pdf](http://www.poderjudicial.es/stfls/TRIBUNAL%20SUPREMO/ACUERDOS%20y%20ESTUDIOS%20DOCTRINALES/FICHERO/DOCTRINA%20JURISPRUDENCIAL%20PENAL%2008-09%20(2)_1.0.0.pdf)

-Universiteit Leiden (2012) *Homicide in Finland, the Netherlands and Sweden. A First Study on the European Homicide Monitor Data*. Disponible <http://law.leiden.edu/organisation/criminology/research/homicide/europeanhomicidemonitor.html>

-UNODC (2013) *Informe mundial sobre las drogas en el mundo* [http://www.unodc.org/documents/lpo-grazil/Topics\\_drugs/WDR/2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-grazil/Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf) Consultas en 2015

-UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2012) *Global Study on Homicide 2011* [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Globa\\_study\\_on\\_homicide\\_2011\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Globa_study_on_homicide_2011_web.pdf). Consultado en 2014 y 2015

-UNODC United Nations Office on Drugs and Crime (2014) *Global Study on Homicide 2013*. United Nations publication, Sales No. 14.IV.1 [https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014\\_GLOBAL\\_HOMICIDE\\_BOOK\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf). Consultado en 2015

-Urruela Mora A. (2009). *Las Medidas de Seguridad y reinserción social en la actualidad. Especial consideración de las consecuencias jurídico-penales aplicables a sujetos afectos de anomalía o alteración psíquica*. Comares. Granada

-Vanamo I. Kauppi A. Kärkölä K. Merikanto J. Räsänen E (2001) Intrafamilial child homicide in Finland 1970-1994, Incidence, Causes of Death and Demographic Characteristics. *Forensic Sci. Int* 117, 199-204

- Vizueta Fernandez J. (2014) Novedades del Proyecto de reforma del Código Penal de 2013 en algunos delitos contra bienes jurídicos fundamentales. Diario La Ley nº 8311. La Ley Penal Ed LA LEY
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. (1999) Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans. *J Psychopharmacol*; 13: 337-45.
- Vives Cases, C., Torrubiano Dominguez, J., & Alvarez Dardet, C. (2008). Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998–2006. (Temporal distribution of gender violence death and reports to the police in Spain, 1998–2006). *Revista Española de Salud Pública*, 82, 91–100.
- Wade, D., Harrigan, S., Edwards, J., Burgess, P.M., Whelan, G., McGorry, (2006). Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 189, 229–234.
- Wagner S, Baskaya Ö, Lieb K, Dahmen N, Tadic A (2009) The 5-HTTLPR Polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research* 43;1067–1072.
- Wahlsten MD, Koiranen V, Saukko P. (2007) Survey of medico-legal investigation of homicides in the city of Turku, Finland *Journal of Clinical Forensic Medicine* 14 243–252
- Walsh A. and Ellis, L. (2007) *Criminology: An interdisciplinary approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Walsh E, Moran P, Scott Ch, McKenzie K, Burns T, Creed F, Tyrer P, Murray RM, Fahy T. (2003) Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *BJP* 183: 233-238
- Walsh E, Buchanan A. and Fahy (2002) Violence and schizophrenia: examining the evidence, art revisión. *BJPsychiatry* 180: 490-495
- Walsh E., Buchanan A., Fahy T. (2002) Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180; 490-495. doi: 10.1192/bjp.180.6490.
- Walsh E and Fahy T (2002.b) Violence in society *BMJ*. September 7; 325(7363): 507–508
- Wallace C, Muller PE, Burgess P. (2004) Criminal offending in schizophrenia over 25-year period marked by desinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am. J. Psychiatry* 161: 716-2
- Warren J, Burnette M, South S, Chauhan P, Bale R, Friend, R. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 30: 502-9.
- Wessely, S. (1997) The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170(Suppl. 32), 8-11.

- Witt K. Van Dorn R. and Fazel S. (2013) Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLoS One.; 8(2): e55942. <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0055942>
- Wise RA. (2000) Addiction becomes a brain disease. Neuron; 26:27-33.
- Woodworth M. and Porter S (2002) In cool Blood: Characteristics of Criminal Homicides as Function of Psychopathy. Journal ad Abnormal Psychology, 111(3): 436-445.
- Yang, Y., Raine, A., Colletti, P., Toga, A., & Narr, K. (2010). Morphological alterations in the prefrontal cortex and the amygdala in unsuccessful psychopaths. Journal of Abnormal Psychology, 119(3), 546–554.
- Zimbardo P. (2008) El efecto Lucifer, el porqué de la maldad. Ed Paidós.
- Zugaldia Espinar J.M. (2009) Medidas de seguridad complementarias y acumulativas para autores peligrosos tras el cumplimiento de la pena. Revista de Derecho Penal y Criminología, 3ª Época 1:199-212



# **ANEXOS**



## H.1.-HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

1.-Identificación agresor

2.-Identificación de la víctima

3.-Procedimiento: nº de causa

4.-Partido judicial: 1= Bilbao  
2= Baracaldo  
3= Getxo  
4= Gernika  
5= Durango  
6= Balmaseda  
7= Exhorto  
8= Audiencia  
9= otros

5.-Edad:

6.- Edad 2: 1=< 18 años  
2= 19-29 años  
3= 30-39 años  
4= 40-49 años  
5= 50-65 años  
6= > 65 años

7.- Genero agresor: 0= hombre  
1= mujer

8.- Genero de la víctima: 0=hombre  
1=mujer

9.- Estado civil: 0= soltero  
1= casado/pareja  
2= separado/divorciado  
3= viudo  
4= sin determinar/no consta

10.- Estado civilR: soltero/casado/divorciado

11.- Estudios: 0= sin estudios  
1= primaria  
2= ESO  
3= bachillerato  
4= FP p similares  
5= carrera grado medio  
6= licenciatura  
7= otros

12.- EstudiosR: sin estudios/básicos/medios/licenciatura

13.- Actividad laboral 0= paro  
1= incapacidad/minusvalía  
2= obrero  
3= profesional cuenta ajena grado medio  
4= autónomo  
5= hostelería  
6= funcionario  
7= cuerpo de seguridad del estado  
8= escolta  
9= profesión liberal  
10= jubilado  
11= otros.  
12= agricultor/ganadero

-14.- Actividad laboralR: paro/incapacidad-jubilado/obrero/cuenta ajena

15.- Nacionalidad agresor 0= España  
1= extranjera

16.- Nacionalidad víctima: 0= España  
1= extranjera

17.- Con quien vive ( Apoyos sociales): 0= vive solo/ sin apoyos  
1= vive con familia de origen  
2= vive con familia nuclear  
3= institucionalizado  
4= indeterminado/ no consta

18.- Antecedentes legales: 0= no  
1= si  
2= no consta/indeterminado

19.- Antecedentes victimización violenta: 0= no  
1= si  
2= indeterminado/ no consta

20.- Violencia previa1: 0= no  
1= si  
2= indeterminada/ no consta

21.- Violencia previa2: 0= pareja  
1= hijos  
2= otros familiares  
3= combinada  
4= otras personas  
5= indeterminada/ no consta

22.- Violencia actual (elemento lesivo): 0= mano- pie

- 1= objeto contundente
- 2= arma blanca
- 3= arma de fuego
- 4= asfixia
- 5= intoxicación
- 6= fuego
- 7= precipitación
- 8= formas combinadas
- 9= otros mecanismos

23.- Relación con la víctima: 0= marido/mujer

- 1= pareja
- 2= padre
- 3= madre
- 4= hijo/ja
- 5= amigo/conocido
- 6= desconocido
- 7= otros familiares
- 8= vecino
- 9= expareja
- 10= otras victimas

24.- Relación con la víctimaR: familiares/amigos-conocidos/desconocidos

25.- Numero de víctimas: 0= victima única

1= victima múltiple

26- Numero de agresores: 0= único

1=>1

28.- Lugar: 0= domicilio víctima

- 1= domicilio agresor
- 2= bar
- 3= trabajo
- 4= monte/rural
- 5= calle
- 6= otros

29.- Lugar 2: 1= urbano

2= rural

3= otros

30- Movil: 0= pasional-sexual

1= violencia de género

2= violencia intrafamiliar

3= secundario a una riña (extrafamiliar?)

4= robo-atraco

5= motivación psicótica

6= drogas  
7= por encargo  
8= otros

31.- Hora del día: 1= mañana (8:00-14:59)  
2= tarde (15:00-20:59)  
3= noche (21:00-1:59)  
4= madrugada (2:00-7:59)

32.- Mes del año: 1-12  
13: indeterminado (putrefacción/larga data)

33.- Actuación tras el homicidio: 0= fuga  
1= se ha entregado  
2= intento de suicidio  
3= suicidio consumado

34.- Consumos de drogas : 0= no, salvo tabaco  
1= alcohol  
2= cánnabis  
3= cocaína  
4= anfetaminas  
5= drogas de síntesis  
6= opiáceos  
7= estimulantes + alcohol  
8= estimulantes + opiáceos  
9= tres o más sustancias  
10= no consta/ indeterminado

35.- Drogas2: 0= no hay diagnostico  
1= abuso  
2= dependencia  
3= indeterminado/ no consta

37- Drogas3- consumo de drogas relacionado con los hechos: 0= no  
1= intoxicación  
2= sd abstinencia  
3= indeterminado/ no consta

38.- Drogas4- determinación analítica 0=no  
1= si

#### ENFERMEDAD MENTAL

40.- Dg actual psicosis1: 0= no  
1= 1º episodio  
2= brote agudo  
3= cronificado

41.- Psicosis2

- 0= Esquizofrenia simple
- 1= E. Paranoide
- 2= E. Desorganizada
- 3= E. Catatonica
- 4= E. Indiferenciada
- 5= Primer episodio psicotico
- 6= E. Residual
- 7= Tr esquizofreniforme
- 8= Epis. Psicotico breve
- 9= Tr esquizoafectivo
- 10= Tr delirante
- 11= Tr psicotico inducido por drogas
- 12= Tr psicotico atípico
- 13= Tr psicotico + retraso mental
- 14= Tr psicotico + T.P.
- 15= Diagnostico postpuesto

43.- Tr de personalidad: 0= no

- 1= esquizoide
- 2= esquizotipico
- 3= paranoide
- 4= antisocial
- 5= limite
- 6= narcisista
- 7= evitativo
- 8= histriónico
- 9= dependiente
- 10= obsesivo-compulsivo
- 11= mixto
- 12= no especificado

44.- Estado de la enfermedad en los hechos: 0= no tratamiento

- 1= tto y compensado
- 2= tto pero descompensado
- 3= abandono del tto
- 4= indeterminado/ no consta

45.- Tiempo de abandono tto: 0= no

- 1= < 7 días
- 2 = 1-4 semanas
- 3= 1-2 meses
- 4= > 2 meses

46.- Imputabilidad: 0= intacta

- 1= levemente atenuada
- 2= moderadamente disminuida

3= importante disminuida  
4= anulada  
5= no determinada

47.- Calificación1: 1=homicidio doloso  
2= homicidio imprudente  
3= asesinato

48.- Calificación2: 1= autor  
2= cómplice

49.- Estado del expediente judicial1: 1= archivo provisional  
2= instrucción  
3= pendiente de juicio  
4= sentencia

50.- Sentencia: 0= archivada sin sentencia  
1= pendiente de juicio  
2= sentencia absolutoria  
3= s. condenatoria sin atenuantes médicos  
4= s. condenatoria con atenuantes médicos  
5= exención de la responsabilidad

51.-Condena:

52.- Medidas de seguridad 0= no  
1= si, en hospital psiquiátrico  
2= si, unidad psiquiátrica penitenciaria  
3= tto ambulatorio  
4= comunidad terapéutica  
5= otros

54.-Autor: 0= desconocido  
1= identificado

55.-Año

A destacar la recodificación de la relación con la víctima, que se reagrupa en:  
-familiar/amigo/desconocido

El *móvil* de la violencia es otra variable que se recodifica:

-Violencia familiar (violencia de género + violencia intrafamiliar)



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Clasificación de actos violentos que provocan muerte	45
Figura 2: Tasa total de homicidios para España (1992-2013)	68
Figura 3: Mujeres muertas por violencia de género (2000-2013)	70
Figura 4 Resumen de los elementos generales del estudio	137
Figura 5: Partidos Judiciales	137
Figura 6: Distribución de los homicidios incluidos en el estudio.	138
Figura 7: Comparativa de las tasas de homicidio por provincias de la CAV	138
Figura 8: Comparativa tasa homicidios en Bizkaia- tasa nacional en 2013	139
Figura 9: Comparativa tasas de homicidios desglosados por provincias españolas.	139
Figura 10: Comparativa homicidios en España-países de la cuenca mediterránea	140
Figura 11: Distribución de homicidios en los meses del año	141
Figura 12: Distribución de homicidios por trimestres	141
Figura 13: Distribución de homicidios por horas del día	142
Figura 14: Lugar de los hechos	142
Figura 15: Lugar de los hechos2	143
Figura 16: Número de víctimas	143
Figura 17: Nacionalidad de las víctimas	143
Figura 18: Género de las víctimas	144
Figura 19: Relación entre agresor y victima	144
Figura 20: Resumen de la muestra de agresores	147
Figura 21: Edad de los agresores reagrupada	148
Figura 22: Móvil de los homicidios (muestra global)	151
Figura 23: Distribución del homicidio por violencia familiar (incluida la de género) en el tiempo	151
Figura 24: Distribución del homicidio por riña en el tiempo	151
Figura 25: Distribución del homicidio por motivación psicótica en el tiempo	152
Figura 26: Armas utilizadas (muestra global)	152
Figura 27: Edad reagrupada en muestra de psicóticos	155
Figura 28: Psicosis y comorbilidad	157
Figura 29: Trastorno de personalidad + drogas y edad recodificada	158
Figura 30: Resumen del TR por consumo de alcohol/drogas	162
Figura 31: Distribución del consumo de sustancias según intervalos de edad	163
Figura 32: Variable edad en homicidas sin diagnóstico	163
Figura 33: Estado de los expedientes judiciales	164
Figura 34: Número de condenas impuestas según delitos, desglosado por Comunidades Autónomas, 2013	165

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Homicidios en España (2013)	69
Tabla 2: Homicidio de mujeres por violencia de género (2013)	69
Tabla 3: Relación agresor-víctima	144
Tabla 4: Relación agresor-víctima según género y tipo de relación	145
Tabla 5: Variables sociodemográficas	149
Tabla 6: Variables criminalísticas relativas al homicidio	154
Tabla 7: Variables de interés en psicosis y comorbilidad	157
Tabla 8: Variables de interés en TP con y sin consumo de alcohol/drogas	159
Tabla 9: Variables de interés en TP reagrupadas	161
Tabla 10: Medidas de seguridad y calificación penal	165
Tabla 11: Variables Medico-legales y jurídicas	166
Tabla 12: Comparativa entre homicidas con psicosis y trastorno de personalidad	169
Tabla 13: Comparativa entre homicidas con psicosis y trastorno por consumo de drogas	169
Tabla 14: Comparativa entre homicidas con psicosis y homicidas sin diagnóstico	170