

LA ESQUIZOFRENIA EN EL DERECHO PENAL. ANALISIS DE LA DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Criminología
2016/2017

Trabajo realizado por LAURA SOTO RODRIGUEZ
Dirigido por CESAR SAN JUAN GUILLEN

RESUMEN

El objeto principal de este trabajo consiste en analizar los argumentos propuestos por el Tribunal Supremo en sus sentencias, a las que se accede mediante la interposición del recurso de casación, por los actos delictivos perpetrados por sujetos que padecen el trastorno mental de esquizofrenia paranoide y cometen hechos delictivos tipificados en el Código Penal bajo el Título “Del homicidio y sus formas”. Para ello, se va a estudiar un conjunto de sentencias, comprendidas desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de enero del año 2017, emitidas por este órgano jurisdiccional superior, comprobando las alegaciones de los recurrentes que hayan ejecutado la acción típica, así como las respuestas que ofrece esta Sala. Las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal son las protagonistas de este análisis, puesto que hay que atender a la plenitud o limitación de las facultades mentales de la persona que realiza la acción en el momento de aquella comisión. Las medidas de seguridad juegan un papel muy importante ya que, la merma total de las capacidades mentales de las personas que padecen la enfermedad, conlleva la aplicación de las mismas.

También se realiza un análisis de la evolución de los artículos de los códigos penales españoles referentes a esta materia, para comprobar si se han modificado o si, por el contrario, han permanecido estáticos a lo largo del tiempo.

Asimismo, se establecen las diferencias entre psicopatía y psicosis, puesto que son dos conceptos que generan confusión en el ámbito social tanto en lo que concierne a la distinción entre sus síntomas, como en lo referido a su relación con la conducta antisocial. Por esta razón, resulta importante una labor pedagógica por parte de la Criminología para explicar y divulgar estos aspectos.

Palabras Clave:

Esquizofrenia paranoide. Imputabilidad. Tribunal Supremo. Circunstancias Modificativas de la Responsabilidad Criminal. Psicopatía. Psicosis.

LABURPENA

Lan honen arrazoi nagusietako bat, Auzitegi Gorenak bere sententzietan, eskizofrenia paranoideko buru-nahastea pairatzen duten eta giza hilketako eta bere eretako tituluaren azpian Kode Penalean tipifikatutako delituzko egitateak egiten dituzten subjektuek egindako delitu-egintzengatik, kasazio-errekurtsoaren tartekatzearen bitartez lortzen direnetan, proposatutako argudioak analizatzea da. Hori horrela izanda, 2000. urteko urtarrilaren 1etik 2017ko urtarrilaren 1era ulertutako, goiko jurisdikzio-organo honek igorritako sententzietako multzoa, alegazioak egiaztatuz errepikariak, akzio tipikoa, eta Areto honek eskaintzen dituen erantzunak egin ditzatela ikasiko da. Erantzukizun kriminalaren zirkunstantzia aldatzaileak analisi honen protagonistak dira. Osotasunera edo eragina komisio haren unean egiten duen pertsonaren buruko fakultateen mugara arreta jarrita. Segurtasun-neurriek oso paper garrantzitsua jokatzen dute, gaixotasuna pairatzen duten pertsonen buruko ahalmenak erabateko urritzeak, beren aplikazioa ekartzen dutelako.

Baita, Espainiako materia honi buruzko Kode Penaleko artikuluen bilakaeraren analisi bat egiten da. Hau da, aldatu diren edo, aitzitik, estatiko egon direnak denboran zehar egiaztatzeko.

Psikopatiaren eta psikosiaren arteko desberdintasunak, halaber, jokaera antisozialarekiko bere erlazioari kontatutakoan bezala, sortzen dituzten bi kontzeptu bere sintomen arteko bereizketari dagokionez eremu sozialeko nahasketa hainbeste direnez gero, ezartzen dira. Arrazoi honengatik, lan pedagogikoa garrantzitsua gertatzen da Kriminologiaren aldetik azaltzeko eta alderdi hauek zabaltzeko.

Gako-Hitzak:

Eskizofrenia paranoidea. Egozgarritasuna. Auzitegi Gorena. Erantzukizun Kriminalaren Zirkunstantzia Aldatzaileak. Psikopatia. Psikosia.

ABSTRACT

The main purpose of this thesis consists of analysing the arguments proposed by the Spanish Supreme Court in their final judgments, accessed through the cassation appeal, for criminal acts perpetrated by individuals with paranoid schizophrenia mental disorder and who commit criminal offences typified in the Spanish Criminal Code as homicide.

In order to do so, a set of judgments issued by this jurisdictional body from 1st January 2000 to 1st January 2017 will be studied, verifying the arguments of the appellants whose conduct was statutorily defined as criminal as well as the responses given by the Chamber. The circumstances affecting criminal liability are the main focus of this analysis as it is necessary to assess whether the person acted in a sound state of mind or if the person was declared non compos mentis.

The security measures play an important role given that the total loss of mental capacity on people who suffer from this illness, lead to these measures to be applied.

The evolution of the articles of the Spanish Criminal Code that relate to this matter will also be analysed in order to verify whether they have been modified or have remained static over time.

Additionally, the differences between psychopathy and psychosis are also studied since these are two concepts that often lead to confusion in the social field, not only in terms of their different symptoms, but also with regard to their link to antisocial behaviour.

For this reason, it is important that Criminology performs educational work in order to explain and disseminate these aspects.

Key Words:

Paranoid Schizophrenia. Imputability. Spanish Supreme Court. Circumstances Affecting Criminal Liability. Psychopathy. Psychosis.

RÉSUMÉ

La finalité principale de ce travail est d'analyser les arguments avancés dans les sentences de la Cour Suprême espagnole, lesquelles ont été accédées par un recours en cassation, pour les actes criminels perpétrés par des sujets qui sont atteints du trouble mental schizophrénie paranoïde et qui ont commis des faits punissables caractérisés comme homicide dans le Code Pénal. Dans ce but, on étudie un ensemble de sentences comprises entre le 1^{er} janvier de 2000 et le 1^{er} janvier 2017 émises par ce tribunal, en vérifiant les allégations des appelants qui ont commis l'infraction et les réponses données par cette Chambre.

Les circonstances d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité pénale sont les protagonistes de cette analyse, parce qu'il faut tenir compte de l'aptitude mentale de la personne qui commet l'infraction au moment des faits.

Les mesures de sécurité jouent un rôle très important, car la perte total de la capacité mentale des personnes qui souffrent ce trouble, mène à l'application des mesures.

On analyse aussi l'évolution des articles du code pénal espagnol concernant cette matière pour vérifier s'ils ont été modifiés ou s'ils sont restés statique à travers le temps. Également au cours de ce mémoire, on établie les différences entre psychopathie et psychose tant concernant leur différents symptômes comme en ce qui concerne leur relation avec la conduite antisocial. Pour cette raison, c'est important que la Criminologie joue un rôle pédagogique pour expliquer et divulguer ces aspects.

Mots Clés:

Schizophrénie Paranoïde. Imputabilité. Cour Supreme. Circonstances D'irresponsabilité ou D'atténuation de la Responsabilité Penale. Psychopathie. Psychose.

INDICE

I. RESUMEN EJECUTIVO	7
II. INTRODUCCION	14
III. CAPITULO 1. EVOLUCION DE LA ESQUIZOFRENIA. PSICOSIS Y PSICOPATIA	
III.1. Aproximación Histórica a la Esquizofrenia.....	16
III.2. La Esquizofrenia.....	18
III.2.1. Subtipos de Esquizofrenia.....	21
III.2.2. Curso Evolutivo, Pronóstico y Tratamiento.....	24
III.3. Psicopatía vs Psicosis.....	28
IV. CAPITULO 2. TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL	
IV.1. Trastornos Mentales y Responsabilidad Penal.....	36
IV.1.1. El Concepto de Imputabilidad.....	37
IV.1.1.1 Causas de Inimputabilidad.....	40
IV.1.2. Del Homicidio y sus Formas.....	44
IV.1.3. Evolución de la Legislación Penal.....	45
IV.1.4. Situación de las Personas Inimputables e Irresponsables Penalmente.....	48
IV.1.4.1. Especial Referencia a las Medidas de Seguridad.....	48
V. CAPITULO 3. ESTUDIO EMPIRICO RETROSPECTIVO	
V.1. Tendencia Judicial en el Ámbito Estatal: Estudio Empírico Retrospectivo.....	54
V.1.1. Objetivos de la Investigación.....	54
V.1.2. El Recurso de Casación.....	54
V.1.3. Método y Procedimiento.....	62
V.1.4. Resultados Obtenidos.....	64
V.1.4.1. Discusión.....	66
VI. CAPITULO 4. CONCLUSIONES Y DISCUSION	
VI.1. Conclusiones y Discusión.....	89
VII. CAPITULO 5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. ANEXOS	
VII.1. Referencias Bibliográficas.....	95
VII.2. Anexos.....	99

I. RESUMEN EJECUTIVO

El trabajo que se presenta a continuación versa sobre las personas que padecen el trastorno psicótico de esquizofrenia paranoide y cometen delitos de homicidio en cualquiera de sus formas. Para ello, se han analizado un conjunto de sentencias emitidas por el Tribunal Supremo, las comprendidas desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de enero del año 2017, con el propósito de conocer la doctrina jurisprudencial.

Se han seleccionado aquellas sentencias en las que el autor de los hechos típicos ha optado por recurrir en casación ante el Tribunal Supremo, para conocer los argumentos que aporta esta Sala acerca de cuándo es preciso aplicar las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, las cuales pueden dar lugar a la exención completa o incompleta de la responsabilidad penal, o a una atenuante, la cual rebaje la pena impuesta por el juzgador. Y conocer, también, si pueden tener cabida las agravantes específicas de alevosía y/o ensañamiento del delito de asesinato, o las mismas como agravantes genéricas, dada la merma total o parcial de las facultades mentales de los sujetos que padecen la enfermedad de esquizofrenia paranoide; o a si procede afirmar que hubo intención homicida del autor –*animus necandi*– en la perpetración de los hechos.

En algunos supuestos, el órgano judicial decreta la absolución de la persona en la sentencia definitiva con la imposición de una medida de seguridad, que es la que se prevé para estos casos en los que los sujetos son inimputables; y, en otros, la condena de la misma, imponiendo una pena, que es la prevista para las personas culpables y, por consiguiente, imputables, al no presentar en aquel momento de la comisión sus capacidades cognitivas ni volitivas anuladas.

Además, se analiza detalladamente el trastorno de esquizofrenia desde la época en la que no se tenía consciencia de que fuera una enfermedad mental hasta la actualidad, es decir, la trayectoria de la misma hasta que se acuñó el término, en qué consiste la misma, sus tipos, el curso evolutivo, el pronóstico y el tratamiento.

Asimismo, se establecen las diferencias que existen entre la psicopatía y la psicosis –ya que la esquizofrenia pertenece a este último grupo– puesto que son dos conceptos que generan confusión en el ámbito social y es importante distinguirlos y diferenciarlos, tanto en lo que concierne a la distinción entre sus síntomas, como en lo referido a su

relación con la conducta antisocial.

También se ha explicado minuciosamente el recurso de casación, que es la herramienta utilizada por el recurrente para obtener un pronunciamiento detallado del Tribunal Supremo en base a las cuestiones que se le plantean. Así, se recogen sus características, las personas legitimadas y los motivos legalmente previstos para interponerlo, las resoluciones que pueden recurrirse mediante el mismo y el procedimiento que sigue.

Se ha señalado la evolución de los artículos de los códigos penales, atendiendo al tema investigado, que han estado vigentes en nuestro territorio a lo largo de la historia, para comprobar si han variado o si se han mantenido estáticos.

Finalmente, se han abordado las medidas de seguridad, con especial atención a las privativas de libertad, dado que son las alternativas que se establecen cuando no se hace posible la imposición de una pena en base a la limitación o supresión de las facultades intelectivas y volitivas de los individuos que cometen determinados hechos delictivos.

Con lo expuesto, se consigue obtener una visión del trastorno de la esquizofrenia desde el ámbito de la Psiquiatría y el modo de abordar la misma cuando entra en colisión con el Derecho en los casos concretos que se han estudiado. De este modo, se observa la forma en la que se aplica el Derecho en las personas que padecen la enfermedad de esquizofrenia paranoide y cometen actos delictivos tipificados como homicidio en cualquiera de sus formas.

Conclusiones

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres –12 millones– que en mujeres –9 millones–. No es tratada ni considerada hasta el siglo XIX como una enfermedad mental.

Actualmente, se desconocen los motivos por los cuales determinadas personas que presentan factores de riesgo desarrollan la enfermedad y otras no; y por qué sujetos que no los presentan sí la desarrollan.

Los factores que pueden precipitar la aparición del trastorno son el consumo abusivo de

sustancias tóxicas o la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Y una vez que haya aparecido, si el paciente no se somete a tratamiento, si lo abandona o si continúa consumiendo esas sustancias, el riesgo de recidivas es mayor.

La patología dual es frecuente en las personas con esquizofrenia, pues suele existir una importante relación entre ellas y el consumo de determinadas drogas. La hipótesis más generalizada es que individuos que presentan la enfermedad, consumen una sustancia por ensayo o error y los efectos que consiguen son placenteros, es decir, se encuentran mejor que tomando la medicación porque con aquella notan mejoría en su cuadro, lo que puede conducir a una adicción. Lo que sí es cierto es que el consumo agrava y empeora los síntomas de la persona esquizofrénica.

Atendiendo a las personas psicópatas, hay que destacar que deben ser tratadas con programas adecuados, puesto que se han llevado a cabo algunos pero no han resultado eficaces, por lo que hay que continuar investigando. Pero no hay que olvidar que existen diferentes tipos de personalidades psicopáticas, al igual que de trastornos psicóticos, y que cada una de ellas necesita un tratamiento o programa específico; además de que existen personas psicópatas que no llegan a cometer hechos delictivos o que no son violentas y que, por tanto, no van a someterse a programas para tratar esas conductas desadaptativas, a diferencia de aquellos que cometen actos delictivos y son condenados a ingresar en prisión, que sí podrían acceder a ellos.

Se aprecia que ya desde el primer Código Penal vigente en el estado español –en 1822–, las personas que se encontraran privadas del uso de la razón por padecer alguna enfermedad que las afectara y cometieran un tipo delictivo no eran culpables ni, por lo tanto, imputables.

Atendiendo a las 24 sentencias del Tribunal Supremo analizadas, se han cometido un total de 43 delitos, de los cuales 28 corresponden a homicidios en sus múltiples formas y 15 a otros tipos delictivos. Los delitos de homicidio en grado de tentativa son los que se han llevado a cabo en mayor medida (13) y entre el resto de los actos delictivos cometidos han resaltado los delitos de lesiones (5). En total, los casos en los que únicamente se ha cometido un tipo de delito de homicidio han sido 10 y 13 en los que se ha llevado a cabo la comisión de más de un delito. Y en el supuesto restante, la causa ha

sido suspendida y archivada provisionalmente. Se puede concluir así que en las sentencias del Tribunal Supremo examinadas sobre las personas que padecen esquizofrenia paranoide y cometen un delito de homicidio en cualquiera de sus formas, junto con este, en mayor medida llevan a cabo algún otro de manera simultánea.

El total de las personas condenadas han sido 12 y las absueltas 11. Los delitos cometidos en ambos grupos son similares y concurren tanto la comisión de uno como la de varios.

En el grupo de las personas absueltas, este Tribunal se ha decantado por la aplicación de la eximente completa a la mayoría (9 de 11), porque en el momento de la comisión de los hechos, se encontraban bajo un episodio psicótico causado por la enfermedad, el cual anulaba totalmente sus capacidades cognoscitivas y volitivas, impidiéndoles comprender lo que hacían y actuar en función a esa comprensión. En los 2 restantes, dichas capacidades estaban parcialmente anuladas, pues aunque sus facultades volitivas no le impedían conocer la ilicitud de su proceder, las intelectivas no le permitían actuar conforme a esa comprensión. Por ello se ha aplicado la eximente incompleta.

En la mayoría del grupo de las personas condenadas (7) la Sala ha optado por aplicar la eximente incompleta porque no ha quedado demostrada esa supresión, pero sí se ha apreciado una actuación con las capacidades tanto intelectivas como volitivas moderadamente alteradas puesto que, a pesar de no actuar bajo el brote psicótico, las circunstancias del hecho revelaban un comportamiento anómalo atribuible a esa enfermedad.

La atenuante ha sido aplicada en 3 casos del grupo de las personas condenadas por el residuo patológico que conserva el sujeto que padece la enfermedad. Pero existen 2 supuestos en los que a pesar de que la persona ha sido diagnosticada de esquizofrenia paranoide, no se le ha aplicado atenuante alguna, pues para apreciar una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal tiene que estar igual de probada que el hecho delictivo mismo.

En todos los casos, el Tribunal atiende, además de a los informes emitidos por los facultativos, a otras pruebas que son relevantes para la correcta resolución, como puede ser el propio hecho en sí, la expresión de la mirada de la persona, su actuación posterior, etc.

Es indispensable que el facultativo que evalúa las capacidades intelectivas y volitivas de la persona que ha cometido el delito, lo haga inmediatamente posterior a la comisión de los hechos para comprobar su estado mental mediante un informe psiquiátrico que permita conocer si sus facultades se encontraban o no anuladas, dado que existen ocasiones en las que esta actuación se realiza días posteriores, semanas e incluso meses, lo que imposibilita su necesario e imprescindible conocimiento. Es igual de importante que aun habiéndose realizado el informe este se presente en la fase de instrucción, así como que el perito que lo realizó acuda al acto del juicio oral para explicarlo, defenderlo y ratificarlo.

En cuanto a los motivos que alegan los recurrentes en el recurso de amparo, nos encontramos la inaplicación de eximentes de responsabilidad criminal por padecer anomalía o alteración psíquica, o atenuantes (11); la indebida aplicación de la circunstancia cualificadora de alevosía del delito de asesinato o de la agravación específica de ensañamiento (10); la inexistencia de ánimo homicida (9); y el derecho a la presunción de inocencia (11).

Hasta el Código Penal de 1995, las personas a las que se las declaraba exentas de responsabilidad criminal eran ingresadas en un establecimiento psiquiátrico sin que el órgano judicial estableciera el plazo de internamiento, situación que cambió con la entrada en vigor del mencionado texto.

Atendiendo a los sujetos que están cumpliendo una medida de seguridad privativa de libertad en un establecimiento psiquiátrico, aunque el tratamiento al que estén sometidos no haya terminado, no haya tenido éxito o permanezca su peligrosidad, son libres una vez cumplido el plazo de internamiento. Y lo mismo ocurre con las personas que ingresan en prisión por un delito cometido y que, tras realizar un tratamiento, se valora al sujeto a la salida de la misma comprobando si hay posibilidad o no de reincidencia. Es decir, el problema se da en ambos casos, por lo que habría que preguntarse si los tratamientos o los programas diseñados para el trato de cada grupo de personas es adecuado, si se ajusta al tiempo que pueden permanecer ingresados, o si hay motivación para someterse a ellos, puesto que es la mejor herramienta que existe.

Importancia de una Aproximación Criminológica

La Criminología es la ciencia empírica e interdisciplinar que tiene como objeto de estudio los procesos de delincuencia, de victimización, el delito y el control del comportamiento social desviado. En este sentido, la Criminología se extiende tanto a la prevención de la comisión de actos delictivos como a una vez producidos, evitar que vuelvan a repetirse. Además, también se ocupa de abordar las sensaciones o percepciones negativas –como la inseguridad, el miedo, etc.– que suscita la perpetración de los mismos, es decir, tiene una labor ex-ante, pues actuará en aquellas situaciones, lugares o contextos donde se detecte que existen determinados patrones de conducta que puedan dar lugar a la ejecución de determinados hechos típicos y ex-post, donde no se haya prevenido o no hayan resultado efectivas esas actuaciones, para que no se vuelvan a producir esos actos delictivos.

El miedo al delito es un fenómeno social que se traduce en sensaciones de inseguridad social, de vulnerabilidad y la comisión del mismo genera gran alarma social.

La Criminología se encarga de evaluar todas las variables que pueden desencadenar en un acto delictivo y de corregirlas. Es decir, las personas que padecen esquizofrenia paranoide, además de estar sometidas a un tratamiento prescrito por el facultativo para calmar o suprimir esos síntomas, se prevé necesario el estudio de su contexto familiar, social, laboral, hábitos de la persona, preocupaciones, intereses, expectativas, etc., para conseguir que, aunque la enfermedad esté ahí, no consiga brotar y desencadenar en un hecho trágico, para lo que el criminólogo debe desarrollar programas de prevención. Y en los casos en los que esto ha ocurrido, se hace imprescindible una labor criminológica para conocer y comprender cuáles han sido los desencadenantes y establecer estrategias y objetivos para que no vuelva a suceder, puesto que es evidente el hándicap que presenta la persona esquizofrénica.

Agentes de Interés

Los agentes interesados en conocer este estudio, además de las personas relacionadas con el ámbito académico –estudiantes de derecho, de psicología, de medicina, profesores de estas disciplinas, tesisas, etc.–, también en la esfera jurídica, tanto a los jueces como a los tribunales, para conocer la doctrina del Tribunal Supremo, así como la Jurisprudencia que va creando este órgano y para amparar sus argumentos en las

sentencias que emitan. Igualmente, para los abogados penalistas es importante conocer la doctrina de esta Sala puesto que de este modo pueden basar sus pretensiones en la doctrina del Tribunal Supremo, lo cual reviste mayor convicción ante el órgano sentenciador. Asimismo, dentro de los operadores jurídicos, es interesante para los equipos psicosociales y los profesionales de las clínicas forenses de los juzgados. Y en el ámbito privado, para los psiquiatras y psicólogos forenses. También puede resultar interesante conocer este trabajo para las personas que padecen esquizofrenia paranoide y cometen actos delictivos de homicidio o cualquiera de sus formas, lo que les ayudará a saber cómo aplica el Derecho el Tribunal Supremo en estos casos.

II. INTRODUCCION

El trabajo que se presenta a continuación versa sobre las personas que padecen el trastorno psicótico de esquizofrenia paranoide y cometen actos delictivos, debido a esas ideas delirantes y/o alucinaciones que son propias de la enfermedad. Concretamente se hace hincapié en la de tipo paranoide, dado que es la más relevante en cuanto a la perpetración de hechos delictivos puesto que es, dentro de los diversos subtipos que recoge la esquizofrenia, en la que se cometen más actos violentos. Y, dentro de los actos delictivos, se han agrupado los tipos penales del homicidio y sus formas dada la repercusión social que tiene al ser el delito más grave que existe, esto es, acabar con la vida de otra persona.

Este análisis está enfocado a conocer la doctrina del Tribunal Supremo de las personas que llevan a cabo delitos de homicidio o de cualquiera de sus formas y padecen esquizofrenia paranoide. Para ello, se han analizado un conjunto de sentencias, las comprendidas desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de enero del año 2017. Además, se han seleccionado aquellas en las que el autor de los hechos típicos ha optado por recurrir en casación ante el Tribunal Supremo. Con ello, se va a conocer de primera mano los argumentos que aporta nuestro máximo órgano resolutorio en la materia que se viene analizando acerca de cuándo es preciso aplicar una u otra circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal que dé lugar a la exención completa, incompleta o a una atenuante por los hechos cometidos por el sujeto ejecutor, lo que ocasionará la absolución de la persona en la sentencia emitida por el órgano judicial, con la imposición de una medida de seguridad, que es la que se prevé para estos casos; o la condena de la misma, imponiendo una pena, que es la prevista para las personas culpables y, por consiguiente, imputables.

Asimismo se ha ahondado en la patología de la esquizofrenia para conocer su origen, su evolución, sus causas y sus consecuencias, es decir, la trayectoria de la enfermedad hasta que se acuñó el término, en qué consiste la misma, los tipos que existen, el curso evolutivo que sigue, el pronóstico y el tratamiento. También se ha considerado preciso, teniendo en cuenta que la esquizofrenia es un tipo de psicosis, diferenciar entre la psicopatía y la psicosis puesto que son dos conceptos que generan confusión en el ámbito social y es importante distinguirlos y diferenciarlos, tanto en lo que concierne a la distinción entre sus síntomas, como en lo referido a su relación con la conducta antisocial.

Además, se ha explicado exhaustivamente el recurso de casación, pues es la herramienta que se utiliza para poder obtener un pronunciamiento detallado del Tribunal Supremo en base a las cuestiones que se le plantean, el cual se encarga de realizar un análisis pormenorizado ofreciendo una respuesta motivada.

También se ha señalado la evolución de los artículos de nuestro Código Penal que más se han utilizado atendiendo al tema investigado para comprobar si han variado o si se han mantenido estáticos a lo largo de los años.

Con todo lo expuesto, se pretende conseguir una visión del trastorno de la esquizofrenia desde el ámbito de la Psiquiatría y el modo de abordar la misma cuando entra en colisión con el Derecho en los casos concretos que se han estudiado. De este modo se observará cómo se aplica el Derecho en las personas que tienen diagnosticada la patología de esquizofrenia paranoide y cometen delitos tipificados como homicidio o cualquiera de sus formas.

III. CAPITULO 1. EVOLUCION DE LA ESQUIZOFRENIA. PSICOSIS Y PSICOPATIA

III.1. Aproximación Histórica a la Esquizofrenia

Desde la Antigüedad se ha utilizado el concepto de *locura* para referirse a lo que hoy en día se conoce como la enfermedad mental de esquizofrenia. A lo largo de la historia, la *locura* ha sido definida y tratada de manera diferente atendiendo a la época y a las ideas concebidas en cada momento y lugar.

Si nos remontamos a la Edad Antigua, se creía que la *locura* era sagrada, es decir, que era obra de las deidades o demonios que la enviaban a determinadas personas a modo de castigo o venganza, por lo que había compasión por las víctimas, no se las consideraba culpables por ese padecimiento y se las trataba con bondad y humanidad.

En la Edad Media, con el cristianismo, se entendía la *locura* como un pecado, como posesiones demoníacas o de fuerzas superiores malévolas, por el resultado de un pacto con el diablo o por efectos de la brujería y todos los esfuerzos iban dirigidos a expulsar del cuerpo del enfermo a ese ente que solamente causaba daño y deterioro, por lo que la manera de atajar el problema era torturando a la persona que había sido poseída, apaleándola, dejándola morir de hambre, sumergiéndola en agua caliente o helada, practicándola el exorcismo o incluso obligándola a beber pociones que preparaban para provocarla vómitos y así eliminarlo del cuerpo. Por suerte, algunos monasterios daban asilo a estas personas enfermas. Además, en la Alta Edad Media, se creía que los enfermos de *locura* tenían una piedra en la cabeza, que era lo que originaba ese mal y les practicaban operaciones quirúrgicas para extraérselas mediante la realización de un agujero en el cráneo.

Con la llegada del Renacimiento se comienza a apartar a las personas que padecían de *locura* de la esfera pública, de la ciudad, de las calles, siendo algunas encarceladas, otras expulsadas al campo, a los bosques, etc.

Y, en la Edad Moderna, se las encerraba y encadenaba en hospitales generales, manicomios o asilos junto con las personas que delinquían, sin hacer distinción entre ambos grupos, evidenciando así la falta de conocimientos por parte de los médicos acerca de esta enfermedad mental, así como la inexistencia de lugares especializados para su trato.

Es aquí donde a finales de este periodo Juan Gilaberto Jofré, fraile español que dedicaba

su vida a ayudar a los más desfavorecidos, conmovido por el trato que se daba a los enfermos mentales, impulsó la construcción de los primeros centros públicos para acoger a estas personas.

En la época de la Ilustración, se inicia un trato más humano hacia los pacientes. En París, el médico Philippe Pinel dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, propugnaba ese trato humanizado y favorable hacia estas personas alienadas, como así se las llamaba en aquella época, y comenzó a tomar medidas como desencadenarlas y liberarlas, puesto que para él era posible que muchas de ellas se recuperaran mediante tratamientos morales.

Finalmente, en el siglo XIX, la *locura* es considerada como una enfermedad mental y los pacientes pasan a ser tratados como alienados, es decir, como personas que han perdido el juicio, desequilibradas. Para Pinel, las enfermedades mentales son hereditarias y también influye el ambiente en las mismas. Explica la necesidad de la creación de un grupo especializado de médicos para atender a los alienados mentales y propone una terapia moral al respecto.

En el siglo XX se distinguen, por una parte, una concepción biologicista de la enfermedad mental y, por otra, una concepción psicologista. La primera idea hace referencia a que las enfermedades mentales son causadas por trastornos biológicos y genéticos principalmente, como así lo defiende Emil Kraepelin (1856-1926) y, la segunda, trata las enfermedades mentales como trastornos psíquicos que, aunque tengan una base biológica, son desequilibrios que hay que abordar con métodos psicoterapéuticos, según entiende Karl Jaspers (1863-1969).

Durante los años sesenta tiene lugar el movimiento conocido como la antipsiquiatría, apoyado por el reconocido psiquiatra David Cooper (1931-1986), que rechaza la psiquiatría tradicional, es decir, el maltrato y el encierro al paciente. Se opone a la utilización de métodos terapéuticos como la lobotomía, que consiste en una incisión quirúrgica practicada en el lóbulo de un órgano o de una glándula, que se practicaba desde el año 1935 hasta el año 1965; el electroshock, que es la inducción de convulsiones utilizando la electricidad; o comas insulínicos, consistente en inyectar insulina para producir coma, que posteriormente era eliminada al administrar sacarosa o glucosa.

Por último, se abandona ese maltrato indiscriminado hacia las personas que padecen la enfermedad mental de esquizofrenia y se reconoce que la interacción entre factores

genéticos y del entorno es lo que puede desencadenar trastornos mentales. Además, se hace visible la necesidad de reincorporarlas en la sociedad y dejar de apartarlas de la misma.

Es necesario mencionar a algunos psiquiatras dada su aportación en la historia de la Psiquiatría. Una de las influencias más importantes en la materia es Emil Kraepelin, psiquiatra alemán que utilizó, entre otros, el término de *demencia precoz* de Bénédic Morel (1809-1873) para referirse a un grupo de trastornos, que son la catatonía, la hebefrenia y la paranoide. Morel, quien era médico francés, concibió el concepto para describir un desorden mental que afectaba a las personas en la adolescencia o juventud adulta y que con el tiempo evolucionaba a un deterioro de las funciones mentales y, como consecuencia, a la discapacidad del sujeto, idea que más tarde se demostró errónea.

En esta línea, Eugen Bleuler (1857-1939) es el psiquiatra suizo que acuñó el término *esquizofrenia* en 1911 para describir un determinado grupo de psicosis que Kraepelin clasificó con el nombre de *demencia precoz*. Bleuler estableció esta palabra para referirse a una escisión de los procesos psíquicos que consistía en la pérdida de conexión entre la formación de las ideas y la expresión de las emociones, es decir, la existencia de un deterioro cognoscitivo, de un deterioro de la capacidad mental, y esta acepción ha perdurado hasta nuestros días.

III.2. La Esquizofrenia

Esquizofrenia, que literalmente significa mente escindida, es una enfermedad mental grave que pertenece al grupo de los trastornos psicóticos. Se caracteriza por una disociación de las funciones psíquicas que afecta a algunas funciones cerebrales del pensamiento, de las emociones, de la percepción y a la conducta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres –12 millones– que en mujeres –9 millones–, y caracterizada por una distorsión del pensamiento, de las emociones, de las percepciones, del lenguaje, de la conciencia de sí mismo y de la conducta. Esta enfermedad aparece recogida y desarrollada detalladamente en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, conocido con el acrónimo CIE-

10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*) y publicada por la OMS, que se ocupa a nivel internacional de clasificar las enfermedades, sus síntomas, sus signos, etc.

La característica más importante es la presencia de ideas delirantes y alucinaciones que llevan a un grave deterioro psíquico y de evaluación de la realidad. Normalmente la enfermedad se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, entre los 15 y los 45 años, aunque suele comenzar al final de la adolescencia, pero también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascarse con problemas escolares o mal comportamiento. Su inicio puede ser repentino, agudo y brusco, o de manera gradual, lento y progresivo. En cuanto a los síntomas, si se lleva a cabo un tratamiento adecuado, pueden mejorar o pueden tener un carácter crónico y en diferentes grados. Los pacientes suelen experimentar periodos de mejoría donde los síntomas son menores y periodos donde los mismos se agravan.

Un aspecto importante es la desorganización de la personalidad, pues se da una pérdida de contacto con la realidad ocasionando así la presencia de alucinaciones, que son un trastorno perceptivo, que consiste en percibir algo inexistente. Las alucinaciones más comunes son las auditivas, aunque también pueden ser visuales, olfativas, gustativas, táctiles, es decir, de todas las funciones sensoriales. Los delirios, que son un trastorno del pensamiento, también pueden estar presentes y se deben a una interpretación subjetiva y errónea del mundo exterior. Se trata de falsas creencias enjendradas patológicamente.

La *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*) establece para el diagnóstico de esquizofrenia lo siguiente:

A) Tienen que estar presentes durante un mes, o menos si se ha tratado con éxito, una parte significativa de tiempo, dos o más de los síntomas siguientes y al menos uno de ellos ha de ser uno de los tres primeros:

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso o lenguaje desorganizado (p. ej., disgregación, incoherencia o descarrilamiento frecuente)

4. Comportamiento catatónico¹ o muy desorganizado (p. ej., inquietud, fenómeno del balanceo)

5. Síntomas negativos² (es decir, expresión emotiva disminuida, abulia³, aplanamiento afectivo⁴, alogia⁵. Un ejemplo es el aislamiento, esto es, la incapacidad para relacionarse socialmente).

B) Desde que se inicia el trastorno, durante una parte significativa del tiempo, las relaciones en los ámbitos laboral, interpersonal o el cuidado personal, están muy deterioradas, es decir, muy por debajo del nivel que se tenía antes del inicio del mismo (o cuando la enfermedad comienza en la infancia o en la adolescencia el nivel esperable de funcionamiento en los ámbitos académico, laboral o interpersonal no es el adecuado). Es decir, hay una disfunción social, laboral y del cuidado personal importante.

C) Los signos del trastorno tienen que persistir durante seis meses como mínimo (o menos tiempo si se ha tratado con éxito) y dentro de esos seis meses, al menos un mes de los síntomas mencionados en el Criterio A (o menos si se han tratado con éxito). Puede incluir periodos de síntomas prodrómicos⁶ o residuales⁷ durante los cuales los signos del trastorno pueden manifestarse por síntomas negativos o por dos o más de los establecidos en el Criterio A (p. ej., raras creencias o experiencias perceptivas no habituales).

¹ Catatonía:

A. El cuadro clínico está dominado por 3 (o más) de los síntomas siguientes:

1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno)
2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad)
3. Flexibilidad cérea (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador)
4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa)
5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos)
6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad)
7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales)
8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo)
9. Agitación, no influida por estímulos externos
10. Muecas
11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona)
12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona). American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.

² Se denominan síntomas negativos porque tienen que ver con la desaparición o disminución en la persona de algo saludable.

³ Falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse, es decir, ausencia de ánimo.

⁴ Es una alteración que provoca disminución de la expresividad emocional.

⁵ Consiste en la ausencia de espontaneidad y en la disminución del flujo de la conversación.

⁶ Hace referencia a los síntomas iniciales que preceden al desarrollo de una enfermedad.

⁷ Síntomas que pueden darse no necesariamente propios de la esquizofrenia (p. ej., apatía, abulia, desgana por conocer gente, por trabajar, etc.).

D) Para el diagnóstico de la esquizofrenia se han descartado los trastornos esquizoafectivo y depresivo o bipolar con características psicóticas al no haberse producido episodios maníacos o depresivos mayores concurriendo con los síntomas de la fase activa, o porque si han tenido lugar episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, solo han estado presentes una parte mínima de la duración total de los períodos de la enfermedad tanto activo como residual.

E) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos directos por el consumo de sustancias, ya sea cualquier tipo de droga o medicamento, ni a otra enfermedad o afección médica.

F) Si existen antecedentes de los trastornos del autismo o de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico de esquizofrenia solo se realizará si los síntomas requeridos para la misma están presentes durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

En esta Guía también aparecen una serie de especificadores del curso de la enfermedad de la esquizofrenia que se utilizan después de un año de duración del trastorno y si no contradicen los criterios de evolución diagnósticos. Estos especificadores se analizarán posteriormente en el apartado: Curso Evolutivo, Pronóstico y Tratamiento.

III.2.1. Subtipos de Esquizofrenia

Carrasco y Maza (2011), en la cuarta edición del *Tratado de Psiquiatría Legal y Forense*, se recogen cinco subtipos de esquizofrenia atendiendo al predominio de una u otra serie de síntomas. Estos se distinguen porque presentan formas diferentes de evolución, pronóstico y tratamiento y son los que a continuación se describen:

Esquizofrenia de tipo paranoide: es la que más nos interesa porque es la más frecuente y la de mayor trascendencia forense. Los actos violentos, delictivos y agresivos son frecuentes y derivan directamente de las manifestaciones psicopatológicas que presentan. Los síntomas que concurren tienden a ser más psíquicos que motores, pues las personas que sufren de este tipo de esquizofrenia no padecen fallos en la capacidad motora o del habla. La característica más importante es la presencia y predominio de ideas delirantes y alucinaciones de variados temas, pero con una conservación de la inteligencia y sin presencia de deterioro. Los principales temas de

los delirios se resumen en:

- Autorreferenciales: creer que el resto de las personas están pendientes de uno mismo (p. ej., que le miran cuando camina por la calle, que murmuran a su paso, que hacen gestos significativos, etc.).
- De influencia: convicción de que su pensamiento, sentimientos, acciones u otras funciones del cuerpo son manipuladas por otras personas que le controlan y le causan daño físico o enfermedades. Para evitar que esto les ocurra se comportan de manera extraña y esto es percibido por los demás.
- De persecución: se sienten perseguidos por otras personas, incluso con fines de acabar con su vida a través de agresiones o envenenamientos. Estas persecuciones se llevarían a cabo por personas individuales, como por ejemplo sus vecinos, o por asociaciones políticas o religiosas.
- De grandeza: piensan y creen que son o que tienen algo de lo que realmente carecen, como poderes o habilidades especiales (p. ej., piensa que es una persona famosa –un cantante de rock, Napoleón, etc.–).
- Religiosos: ideas con contenido religioso/místico, es decir, se creen que son la reencarnación de Jesucristo y actúan como tal, luchando contra el mal, contra el demonio.
- De celos: están convencidos de la infidelidad de su cónyuge y llegan a esta conclusión a través de una interpretación patológica de signos y detalles que buscan u observan, como miradas, comentarios, números de teléfono, pelos, etc.

Junto a las ideas delirantes, que con el transcurso del tiempo son cada vez más fuertes y convincentes para la propia persona que las engendra, las alucinaciones también están muy presentes, especialmente las auditivas, que consisten en oír voces dentro de su cabeza las cuales amenazan, insultan u ordenan llevar a cabo determinados actos y mantienen que las mismas provienen de otras personas. Las alucinaciones suelen estar relacionadas con el tema del delirio. A veces las órdenes son ejecutadas y sorprenden por ser conductas ilógicas, agresivas y brutales.

En la esquizofrenia tipo paranoide la facultad intelectual se conserva y no tiene por qué influir notablemente en los ámbitos laboral y social. Tampoco se aprecian alteraciones del lenguaje, conductas catatónicas o muy desorganizadas de manera excesiva.

Esquizofrenia de tipo desorganizado: se conocía históricamente como hebefrenia. Se

caracteriza por presentar signos patológicos, como por ejemplo el lenguaje desorganizado o la ensalada de palabras⁸, lo que da lugar un discurso incoherente. Su conducta es caótica y no existe una narrativa más o menos coherente de las alucinaciones que padece, es decir, no están estructuradas. Se observa en la persona una desorganización en sus estados emocionales, en lo que dice y/o en su forma de moverse; disminuyen sus rendimientos.

Esquizofrenia de tipo catatónico: se caracteriza por las graves alteraciones psicomotoras que presenta el paciente. Estas alteraciones patológicas no son siempre las mismas, pues abarca tanto desde la actividad motora excesiva hasta la inmovilidad, el mutismo, la ecolalia o la ecopraxia, siendo las principales la inmovilidad y la flexibilidad cérica, manteniendo los músculos tensos, y pueden permanecer durante horas en una misma posición adoptando posturas extrañas sin responder a ningún estímulo. En alguna ocasión, cuando se encuentran en esas situaciones de inmovilidad, de repente, pueden surgir conductas impulsivas, de irrupción brusca, ilógicas e inadecuadas.

Esquizofrenia de tipo indiferenciado: este tipo de esquizofrenia recoge los casos en los que no se cumplen los criterios diagnósticos para ser catalogados con del resto de tipos de esquizofrenia, es decir, se dan los síntomas característicos de la enfermedad pero no encajan con los criterios diagnósticos del resto de tipos de la esquizofrenia.

Esquizofrenia de tipo residual: se trata de un tipo de esquizofrenia que tiene lugar cuando en el pasado ha habido un episodio o brote de la enfermedad y no es patente que existan síntomas psicóticos positivos, como ideas delirantes, alucinaciones, etc., o si están presentes, están atenuados. Lo que sí es evidente es la presencia de síntomas negativos, como aplanamiento afectivo, empobrecimiento del lenguaje, falta de interés y de actividad social y laboral y la pobreza del lenguaje conlleva que las respuestas de la persona sean monosilábicas o lacónicas, es decir, breves y concisas.

Esquizofrenia de tipo simple: en este tipo de esquizofrenia están más presentes los síntomas negativos, relacionados con la ausencia de procesos psicológicos básicos y con la falta de voluntad y motivación, como es la inhibición, el aplanamiento afectivo, la poca comunicación verbal y no verbal, el aislamiento, la soledad, apatía⁹, abulia, con deterioro en las relaciones sociales, familiares, laborales y académicas, entre otras, que

⁸ Se trata de una alteración del lenguaje en la cual la persona mezcla de manera arbitraria las palabras, sin establecer ningún orden y, además, suele añadir neologismos, es decir, la invención de palabras.

⁹ Corresponde a un estado de desinterés y de falta de motivación o entusiasmo de la persona, indiferencia ante cualquier estímulo externo.

síntomas positivos, relacionados con la conducta proactiva y las iniciativas del sujeto. El curso de la misma es lento, insidioso¹⁰, con un deterioro progresivo y en los primeros episodios de la enfermedad, cuando aún no hay sospechas de que la persona la padece, surgen conductas anómalas, incomprensibles y sorprendidas.

III.2.2. Curso Evolutivo, Pronóstico y Tratamiento

El curso evolutivo de las esquizofrenias es muy variable atendiendo a sus diversas formas y a las características personales de las personas que la padecen. En algunos casos pueden evolucionar rápidamente hacia un deterioro importante y en otros se detiene esa evolución en cualquier estadio sin volver a presentar sintomatología activa.

Estos especificadores que se recogen en la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* son los siguientes:

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: cuando se manifiesta por primera vez el trastorno, cumple los criterios establecidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Durante un episodio agudo se cumplen los criterios sintomáticos, es decir, durante los mismos aparecen síntomas psicóticos destacados en los que también pueden darse, o no, síntomas negativos acusados.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: en remisión parcial se refiere al periodo durante el que se mantiene una mejoría tras un episodio anterior y en el que los criterios del trastorno se cumplen de manera parcial, con o sin síntomas negativos.

Primer episodio, actualmente en remisión total: en remisión total hace referencia al periodo tras un episodio anterior en el que los síntomas del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: los episodios múltiples pueden determinarse tras un mínimo de dos episodios (es decir, después del primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva¹¹).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial: se refiere al periodo durante el que se mantiene una mejoría tras episodios anteriores y en el que los criterios del trastorno se cumplen de manera parcial, con o sin síntomas negativos.

¹⁰ Es decir, que contiene un engaño oculto o disimulado, por lo que es difícil apreciarlo.

¹¹ El término recidiva hace referencia a que se repita la enfermedad poco después de recuperarse el paciente.

Episodios múltiples, actualmente en remisión total: comprende el periodo tras varios episodios anteriores en el que los síntomas del trastorno no están presentes.

Continuo: Los síntomas de los criterios de diagnóstico del trastorno de esquizofrenia están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad y los períodos sintomáticos son muy breves comparándolos con el curso global, es decir, existen evidentes síntomas psicóticos durante el periodo de la observación y puede haber, o no, síntomas negativos.

No especificado: otro patrón que aparezca, que no esté especificado.

Asimismo, hay que determinar si la enfermedad concurre con catatonía y también hay que precisar la gravedad actual de la enfermedad y, para ello, se realiza mediante una clasificación evaluando cuantitativamente los síntomas primarios de psicosis, esto es, las ideas delirantes, las alucinaciones, el habla desorganizada, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos. Cada uno ellos se clasifica por su gravedad actual –es decir, la máxima gravedad en los últimos 7 días– sobre una escala de 5 puntos de 0 a 4, donde 0 es ausente y 4 es presente y grave.

En cuanto al pronóstico también es variable, aunque es una enfermedad mental grave que actualmente no tiene cura. Como se ha señalado, los síntomas pueden remitir pero pueden existir reactivaciones al cabo de los años, incluso encontrándose el paciente sometido a tratamiento. Por lo tanto, depende de cada caso aunque en la mayoría de ellos los síntomas mejoran con el tratamiento farmacológico y cuando este se abandona los síntomas suelen reaparecer.

Carrasco y Maza (2011), afirman que con la aparición de los neurolépticos¹², de la medicación antipsicótica y, en estos últimos años, de los neurolépticos de depósito¹³ el pronóstico ha tenido una mejora considerable de manera que se han evitado cuadros catatónicos graves, entre otras. Estos tratamientos han conseguido que la enfermedad de esquizofrenia tenga una buena evolución y se pueda llevar a cabo una vida normal, con conductas normalizadas, de tal manera que se prevengan y eviten recaídas al realizar un consumo continuado de la medicación impuesta en el tratamiento o, incluso, que en

¹² Fármaco que comúnmente, aunque no de manera exclusiva, se utiliza para el tratamiento de las psicosis.

¹³ Medicación antipsicótica de larga duración, es decir, por ejemplo, en vez de que el paciente tenga que tomarse una pastilla todos los días para tratar la enfermedad, se le administra el medicamento por vía intravenosa y, de esta manera, perduran más tiempo los efectos en el cuerpo para no tener que medicarse diariamente.

caso de que se produzcan sean de menor gravedad y duración, lo que facilita la incorporación del paciente a la normalidad de manera rápida.

Los tratamientos farmacológicos son los habituales, es decir, la toma de medicamentos antipsicóticos de larga duración, los de toma diaria u otro tipo de medicación adecuada, pero también la psicoterapia y las intervenciones psicosociales pueden realizar una muy buena labor, pues lo más importante es que el paciente sea consciente de la enfermedad que padece para poder así realizar las pautas necesarias para llevar a cabo una vida con total normalidad.

En la actualidad, se desconoce el motivo por el cual determinadas personas que presentan factores de riesgo desarrollan la enfermedad y otras no. Existe una serie de factores que actúan y contribuyen al desarrollo del trastorno. Uno de los factores de predisposición es su componente genético, puesto que tener un familiar con el mismo trastorno es un factor de riesgo demostrado y muy significativo. Otros factores que se señalan son las complicaciones perinatales, durante el embarazo, en el parto y posteriormente a este; y en la niñez, presentar problemas de conducta importantes y frecuentes durante el periodo escolar, así como sufrir un traumatismo craneal¹⁴.

Los factores que pueden precipitar la aparición de la enfermedad son el consumo abusivo de sustancias tóxicas o la presencia de situaciones o acontecimientos vitales estresantes. Y una vez que haya aparecido, si el paciente no se somete a tratamiento, si lo abandona o si continúa consumiendo sustancias de abuso, el riesgo de recidivas es mayor.

La patología dual, según el Dr. Miguel Casas, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hbron, “es la presentación simultánea en un mismo individuo de una patología psiquiátrica clásica y una patología adictiva. La patología adictiva puede ser el consumo de las sustancias químicas, que son las drogodependencias o una patología adictiva comportamental como el juego, el sexo, las compras, la gimnasia o el uso de Internet compulsivos”.

En las personas con esquizofrenia, existe íntima relación entre ellas y el uso de

¹⁴ Fuente: <http://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia>

determinadas drogas, pero Casas asegura que hoy en día no se sabe con certeza cuál es el motivo de esta relación aunque, añade, existen hipótesis teóricas que intentan explicar esta cuestión. La más generalizada o aprobada es la hipótesis de la automedicación, es decir, individuos que padecen la enfermedad y que por ensayo o error consumen una sustancia, como por ejemplo el cannabis, y les sienta bien y se encuentran mejor que tomando la medicación que les recetan porque con aquella notan mejoría en su cuadro, lo que puede conducir a una adicción.

La otra hipótesis es que hay personas que no padecen esquizofrenia y consumen cannabis y un día aparece un cuadro psicótico y este se mantiene en el tiempo llegando a desarrollar una esquizofrenia, concluye el Doctor¹⁵.

José María García Basterrechea, responsable de la Unidad de Desintoxicación del Hospital Reina Sofía, Murcia, manifiesta que el consumo de cocaína por sí solo no provoca la aparición de la enfermedad de esquizofrenia, pero sí puede desencadenarla en sujetos con una concreta predisposición a padecerla. Esto es así porque existen personas con mayor vulnerabilidad a padecer la enfermedad y el consumo de dicha sustancia la despierta. Pero en los casos en los que existe esta vulnerabilidad y no se consume cocaína ni otro tipo de sustancias de abuso, la enfermedad puede no brotar y permanecer siempre apagada al no haberse dado las circunstancias adecuadas para que aflore. Lo que sí es cierto es que el consumo de cocaína agrava y empeora los síntomas de la persona esquizofrénica, explica Basterrechea.

Otra cuestión importante es el tema de si las personas que tienen trastorno de esquizofrenia son violentas. En este sentido, el Instituto Nacional de la Salud Mental (*National Institute of Mental Health*, conocido por las siglas *NIH*¹⁶) dispone que la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia no son violentas. De hecho, es más probable que se hagan daño a ellas mismas antes que a otras, aunque el abuso de drogas y otras sustancias puede aumentar la posibilidad de que actúen de manera violenta. En estos casos en los que la persona se vuelve violenta, esta conducta va dirigida generalmente hacia miembros de la familia y tiende a ocurrir en el hogar¹⁷. El riesgo de que exista violencia aumenta cuando la psicosis no se trata o se abandona el tratamiento

¹⁵ Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=owalMpDcxmc>

¹⁶ El NIH forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *U.S. Department of Health and Human Services*, y es uno de los 27 componentes de los Institutos Nacionales de Salud (*NIH*), agencias de investigación biomédica y del comportamiento, del gobierno federal de los Estados Unidos de América. Se encarga de realizar investigaciones de la mente y del comportamiento.

¹⁷ Fuente: <http://www.centroadiccionesbarcelona.com/patologias/esquizofrenia-y-otras-psicosis/>

y disminuye cuando la persona está sometida al mismo.

También explica que los comportamientos y pensamientos suicidas son comunes en las personas que sufren esta enfermedad, por eso es muy importante que el paciente tome la medicación adecuada, para evitar estas ideas.

Según el *NHI*, la posibilidad de desarrollar la enfermedad de esquizofrenia en la población general es de alrededor del 1%; para los familiares que tienen parentesco de primer grado con alguna persona que padece el trastorno, como el padre, el hermano o la hermana, es de un 10% y para los que tienen parentesco de segundo grado, como los abuelos, los tíos o los primos también es más frecuente que desarrollen la enfermedad, más que en la población general.

En un gemelo idéntico de una persona con esquizofrenia, la posibilidad de desarrollar el trastorno es de entre un 40 y un 65%. Pero no hay que olvidar que, aunque el componente genético es significativo, hay muchas personas que no tienen familiares con la enfermedad y padecen esquizofrenia. Y otras con uno o más miembros de la familia con el trastorno y no lo llegan a desarrollar.

Hay que tener en cuenta que el entorno en el que se críen y desarrollen las personas es muy importante para el futuro de las mismas, puesto que encontrarse en un lugar adecuado y saludable, donde prime el afecto, el respeto, la solidaridad, la confianza, etc., es decir, valores humanos que enriquezcan a los individuos, es positivo para cualquier sujeto y siempre causará buenos resultados, evitando, en mayor medida, consecuencias negativas.

Por último, cabe recordar que es frecuente confundir los términos psicosis y esquizofrenia. La esquizofrenia es un tipo de trastorno psicótico y no todas las personas que desarrollan un síndrome psicótico evolucionan a la esquizofrenia, por eso es muy importante diferenciar las características clínicas que presentan las personas y tener en cuenta que existen otros trastornos psicóticos.

III.3. Psicopatía vs Psicosis

La conducta psicopática siempre ha suscitado gran interés y preocupación en la sociedad puesto que, se trata del comportamiento humano de un importante número de

personas mediante el cual se causa desconcierto y temor en el resto de la población.

En 1968, la Sociedad Americana de Psiquiatría introdujo el concepto de personalidad antisocial en la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-2* para definir al psicópata, incluyéndole dentro de los trastornos de la personalidad. Y las posteriores ediciones (1980 –tercera edición–, 1987 –tercera edición renovada– y 1994 –cuarta edición–) han continuado en esta línea, prescindiendo del término psicópata y sustituyéndolo por el de trastorno de personalidad antisocial, que se asemeja más a la sociopatía. Esto ha generado gran confusión porque las características que describen tanto Robert Douglas Hare (1976) como Hervey Milton Cleckley (1941) (Figura 1) se refieren más a rasgos de la personalidad que a conductas antisociales.

Hasta la 5ª edición de la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM* (2014), que es la última redactada, no se establece un consenso acerca del concepto de psicopatía. Así, este manual recoge la siguiente definición:

“Una variante distinta, que a menudo se denomina *Psicopatía* (o psicopatía “primaria”), es la falta considerable de ansiedad o miedo, y un estilo interpersonal audaz que puede enmascarar comportamientos desadaptativos (p. ej., el fraude). Esta variante psicopática se caracteriza por unos niveles bajos de ansiedad y de distanciamiento y altos niveles de búsqueda de atención. La alta búsqueda de atención y el bajo distanciamiento describe el componente de estilo social (dominante/asertivo) característico de la psicopatía, mientras que la baja ansiedad conforma el componente de inmunidad al estrés (estabilidad emocional/resiliencia)”.

También los expertos en la materia coinciden en no pocas características acerca de la personalidad de los psicópatas.

El psiquiatra Sergio Oliveros define la *personalidad psicopática* como aquella en la que existe mayor carga genética y menor desestructuración familiar. Hay investigaciones que han demostrado que las áreas del cerebro responsables de la regulación emocional y del control de los impulsos en los psicópatas no están desarrolladas. Así, su personalidad es fría y son incapaces de establecer relaciones de apego. Utilizan a las personas pero lo hacen de manera refinada y seductora, con buenos modales e inteligencia, para conseguir todo aquello que se proponen. Por ello, a los ojos de los demás, resultan personas fiables y de confianza y alcanzan cotas altas de poder, tanto sociales como laborales, además de un desarrollo personal importante. Nunca les invade

el sentimiento de culpa a pesar del daño causado y cuando llevan a cabo conductas delictivas lo hacen de manera planificada y calculada para reducir el riesgo de ser descubiertas¹⁸.

Según Garrido (2008), el psicópata tiene una personalidad peculiar, ya que dominan en él la ausencia de emociones morales –como la empatía, la culpa, el sentido de la justicia–, un gran narcisismo, la capacidad de mentir y una propensión a la explotación del otro, con poco miedo ante el castigo. Además, añade que, por razones biológicas y sociales, este trastorno se presenta mayormente en los hombres, aproximadamente por cada 5 hombres hay 1 mujer. Explica que tienen habilidad para encandilar y seducir, encanto y fuerza de convencimiento y que antes de que sepamos quiénes son en realidad su presencia nos puede estimular, llegando a pensar que se trata de una persona interesante, es lo que se denomina el *glamour del psicópata*.

Estas personas son las manipuladoras por excelencia y gracias a su inteligencia y astucia consiguen los fines que pretenden. Como afirma Garrido, el psicópata no presenta un deterioro en la percepción de la realidad, pues así lo reconoce en estos fragmentos de su libro *El psicópata. Un camaleón en la sociedad* (2000):

“Esta es la esencia de la psicopatía: el sujeto no es un psicótico, no tiene alucinaciones o delirios, no se cree Napoleón ni siente que les persigue la KGB¹⁹; tampoco tiene crisis de ansiedad o conflictos psicológicos que lo hagan un sujeto neurótico; sin embargo, su mundo emocional es limitado. Él como ser humano, es un completo autista”.

“El psicópata está libre de alucinaciones y delirios que constituyen los síntomas más espectaculares de la esquizofrenia. Su normalidad aparente, su máscara de cordura, lo hacen por ello más difícil de reconocer, y lógicamente más peligroso”.

Es decir, no tiene afectadas sus capacidades volitivas y/o cognoscitivas, conoce la diferencia entre el bien y el mal, así como las leyes y las normas, pero le son indiferentes, presentando conductas desadaptativas.

¹⁸ Fuente: <http://www.grupodoctoroliveros.com/psicosis-esquizofrenia-psicopatia-paranoia-similitudes-diferencias>

¹⁹ Agencia de inteligencia y principal de la policía secreta de la Unión Soviética desde 1954 hasta 1991.

Hervey Milton Cleckley (1903-1984), psiquiatra americano, fue el pionero en la investigación de la psicopatía. En 1941 publicó su obra *La máscara de la cordura (The Mask of Sanity)* donde realiza una de las descripciones clínicas del psicópata más importantes y exhaustivas. Cleckley ya nos adelantó que las personas con este tipo de personalidad no se encuentran solo en las prisiones, sino también en los roles más respetados de las sociedades, como en hombres de negocios, científicos, médicos, banqueros, etc. Y como reconoce la *Revista Española de Medicina Legal* (2008) la obra de este autor ha sido una de las referencias básicas para desarrollar los criterios diagnósticos de este trastorno de la personalidad.

Cleckley le describió de la siguiente manera:

“El psicópata muestra la más absoluta indiferencia ante los valores personales, y es incapaz de comprender cualquier asunto relacionado con ellos. No es capaz de interesarse lo más mínimo en cuestiones que han sido abordadas por la literatura o el arte, tales como la tragedia, la alegría o el esfuerzo de la humanidad en progresar. También le tiene sin cuidado todo esto en la vida diaria. La belleza y la fealdad, excepto en un sentido muy superficial, la bondad, la maldad, el amor, el horror y el humor no tienen un sentido real, no constituyen ninguna motivación para él. También es incapaz de apreciar qué es lo que motiva a otras personas. Es como si fuera ciego a los colores, a pesar de su aguda inteligencia, para estos aspectos de la existencia humana. Por otra parte, es inútil explicarle dichos aspectos, ya que no hay nada en su conocimiento que le permita cubrir esa laguna con el auxilio de la comparación. Puede, eso sí, repetir las palabras y decir que lo comprende, pero no hay ningún modo para que se percate de que realmente no lo comprende”.

Robert Douglas Hare (1934), Doctor en psicología, profesor emérito de la Universidad British Columbia (Canadá) e investigador en el ámbito de la Psicología Criminal, estudió en profundidad la personalidad de los psicópatas, lo que le llevó a desarrollar el test más utilizado hoy en día para diagnosticar a estas personas y para predecir posibles comportamientos violentos, la llamada escala Hare o el PCL (*Psychopathy Checklist* o lista de verificación en psicopatías), en 1991 y posteriormente el PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised* o lista revisada de verificación en psicopatías), en 2003, en la que divide los ítems mediante los cuales identifica a los psicópatas en 4 facetas, la

interpersonal y afectiva recogidas en el factor 1 y las facetas estilo impulsivo/irresponsable y antisocial en el factor 2, que hace referencia a la desviación social del sujeto. También hay dos ítems que no corresponden a ningún factor ni faceta.

Factor 1 <i>Interpersonal/Afectivo</i>	Faceta 1 <i>Interpersonal</i>	1. Locuacidad y encanto superficial. 2. Sentido desmesurado de autovalía. 4. Mentiroso patológico. 5. Estafador/engañador y manipulador.
	Faceta 2 <i>Afectiva</i>	6. Ausencia de remordimientos o sentimientos de culpa. 7. Afecto superficial y poco profundo. 8. Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus propios actos.
Factor 2 <i>Desviación Social</i>	Faceta 3 <i>Estilo Impulsivo/ Irresponsable</i>	3. Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parásito. 13. Ausencia de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad.
	Faceta 4 <i>Antisocial</i>	10. Pobre autocontrol de sus conductas. 12. Problemas de conducta en la infancia. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal.
Ítems que no saturan en ningún factor ni faceta		11. Conducta sexual promiscua. 17. Frecuentes relaciones maritales de corta duración.

Figura 2: Douglas Hare, R. (2003). *Método Hare para la evaluación de la psicopatía revisado. Psychopathy CheckList Revised*. Canadá: TEA.

Hare dispuso lo siguiente acerca de la personalidad del psicópata:

“Conjuntamente, este sujeto nos presenta una imagen de una persona preocupada por sí misma, cruel y sin remordimientos, con una carencia profunda de empatía y de la capacidad para formar relaciones cálidas con los demás, una persona que se comporta sin las restricciones que impone la conciencia. Lo que destaca en él es que están ausentes las cualidades esenciales que permiten a los seres humanos vivir en sociedad”.

Asimismo, realizó una clasificación de los diferentes tipos de psicópatas que existen:

Psicópata Primario: se trata de un individuo que presenta un encanto superficial, es inteligente, no presenta delirios ni pensamientos irracionales, es informal, insincero, incapaz de experimentar culpa o remordimiento, falta de juicio práctico e incapaz de aprender de las experiencias, egocentrismo en extremo, pobreza afectiva e incapaz para amar, relaciones interpersonales escasas y tiene dificultad para seguir un plan de vida

estable.

Psicópata Secundario: corresponde al individuo que es capaz de mostrar culpa y remordimiento, puede establecer relaciones afectivas, su conducta estaría motivada por problemas de índole neurótica.

Psicópatas Disociales: son individuos que presentan conductas antisociales y que pertenecen a un mundo marginal y poseen o tienen una subcultura propia. Tendrían una personalidad normal y serían capaces de funcionar adecuadamente dentro de su grupo, manifestando lealtad, sentimientos de culpa y de afecto (Sapiña, 2015).

Atendiendo a la cuestión de si el psicópata nace o se hace, existe una predisposición motivada por el sistema nervioso en virtud de la cual el lóbulo prefrontal y la amígdala parecen diferentes en cuanto a la capacidad para interpretar las emociones y para tomar decisiones relativas al bienestar personal de uno mismo y de los demás. También el ambiente es muy importante, puesto que puede fomentar las creencias y hábitos antisociales, favoreciendo estos rasgos innatos (Garrido, 2008).

Se cree que el número de psicópatas se sitúa entre el 1 y el 2% de la población. La psicopatía se puede presentar de diversas formas, es decir, algunas personas que padecen este trastorno de la personalidad no son violentas, pero otros sí han demostrado esa violencia atendiendo a la comisión de determinados tipos delictivos, por ejemplo. En este grupo de personas que sí son violentas, se ha comprobado que la misma disminuye con la edad.

En cuanto a la psicosis, explica el Doctor Oliveros, se puede definir como un síndrome²⁰ con el que se presentan diversas enfermedades²¹ –como la esquizofrenia, las fases maníacas, la paranoia, la intoxicación por cocaína o cannabis, etc.– y que siempre implica la ruptura del sujeto con la realidad, apareciendo ideas delirantes –p. ej., alguien piensa que existe una conspiración contra él porque cuando camina por la calle la gente le mira y le hace gestos– y alucinaciones –p. ej., escuchar voces o ver objetos que no existen–.

²⁰ Como síndrome nos referimos al conjunto de síntomas que se presentan a la vez (p. ej., en el síndrome catarral nos encontramos con tos, fiebre, estornudos, rinorrea –emisión abundante de líquido por la nariz–).

²¹ El concepto de enfermedad engloba un grupo de síntomas que se presentan de manera simultánea y tienen una causa conocida común.

Esto es, la psicosis engloba varios tipos de enfermedades en las cuales los síntomas son diferentes pero lo que siempre va a estar presente es la desconexión del sujeto con el mundo que le rodea, por eso recoge todos los trastornos mentales en los que el sujeto pierde en algún momento el juicio de la realidad.

Los trastornos psicóticos se recogen en el DSM-5 (2014) bajo el título *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, e incluyen los siguientes tipos:

1. Trastorno esquizotípico (de la personalidad): “se incluye en este capítulo ya que se considera parte del espectro de trastornos de la esquizofrenia y está catalogado como trastorno esquizotípico en esta sección según el CIE-9 y CIE-10 y los criterios se presentan en el capítulo Trastornos de la personalidad”.
2. Trastorno delirante
3. Trastorno psicótico breve
4. Trastorno esquizofreniforme
5. Esquizofrenia
6. Trastorno esquizoafectivo
7. Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos
8. Trastorno psicótico debido a otra afección médica
9. Catatonía: hay de tres tipos (asociada a otro trastorno mental, debido a otra afección médica y no especificada)
10. Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
11. Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

No voy a explicar cada uno de ellos puesto que no es el tema que se viene analizando pero sí hay que señalar la modificación y, por ende, inclusión de más tipos que se ha llevado a cabo en la redacción del DSM-5 con respecto al DSM-4 en cuanto a los trastornos psicóticos (Figura 3).

Psicopatía y psicosis, por tanto, son conceptos absolutamente diferentes, pues la primera hace referencia a rasgos característicos de la personalidad de determinados sujetos, presentando conductas desadaptativas, y no afecta a la persona en sí en cuanto a deterioro mental, sin olvidar que nunca van a tener ideas delirantes o alucinaciones, al contrario de lo que sucede en el caso de la psicosis. Lo que ocurre con el psicópata es

que no entiende nuestras emociones, que es el rasgo que le caracteriza –la falta de empatía– y su forma de ser y de comportarse dista mucho con el resto de las personas. Y, la psicosis, es un síndrome que recoge numerosas enfermedades, es decir, dependiendo del conjunto de síntomas que padezca una persona se le podrá diagnosticar de una enfermedad u otra.

Dada la evidencia del factor biológico en las personas psicópatas, la adhesión al tratamiento es en cierta medida cuestionable, aunque hay que señalar que Hare (2004) considera que el entorno social y el modo de crianza en las personas juegan un papel muy importante, pues estos sujetos pueden tender a desarrollarse de una u otra manera en base a estas variables, por eso establece que sí deben ser tratadas pero con programas adecuados, aun cuando no se haya encontrado uno efectivo (Abalos Riquelme, Esquivel Pérez & Gallardo Muñoz, 2004), por lo que hay que continuar investigando.

Abalos Riquelme et al. (2004), exponen que los programas tradicionales se basan en las emociones y se ha comprobado que para los psicópatas no funcionan, pues no suelen permanecer durante mucho tiempo en terapia y tampoco están motivados para continuar. De hecho, se ha llegado a la conclusión de que estas terapias empeoran la conducta de los psicópatas ya que, al reincidir, cometen delitos más violentos, a diferencia de los que no han sido tratados, que se mantienen igual de violentos. En esta línea, cabe citar que Garrido (2002) dispone en el artículo *El tratamiento del psicópata*, que en el estudio del tratamiento de estos sujetos llevado a cabo por Harris, Rice y Cornier (1994) observaron que los psicópatas canadienses tratados en la Comunidad Terapéutica Penetanguishene reincidieron más que los no tratados. Pero esta información no es novedosa puesto que ya existían estudios que indicaban que estas personas presentaban en prisión mayores tasas de conflictividad y agresividad (Wong, 1984), así como mayor capacidad de conflictividad, simulación y engaño en los hospitales psiquiátricos (Gacono, Meloy, Sheppard, Speth & Roske 1995) y una relación interpersonal, dominante y hostil en un hospital de máxima seguridad (Blackburn, 1996).

Con lo expuesto, es evidente la necesidad de seguir trabajando e investigando para poder conocer cada vez un poco más la mente tanto del psicópata como de la persona que padece esquizofrenia, así como de otros tipos de enfermedades, para avanzar en el desarrollo de programas o tratamientos eficaces para estos individuos.

IV. CAPITULO 2. TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL

IV.1. Trastornos Mentales y Responsabilidad Penal

Según la OMS (2017), existe una gran variedad de trastornos mentales, los cuales se caracterizan generalmente por la combinación de alteraciones del pensamiento, de la percepción, de las emociones, de la conducta y de las relaciones con los demás, es decir, se manifiestan de manera diferente atendiendo a la enfermedad que presenta el paciente.

El primer Código Penal español data de 1822 y en su artículo 26 ya se establecía la posibilidad de eximir de responsabilidad penal por no poder considerar culpables a las personas que cometieran actos delictivos y se encontraran dormidas, en estado de demencia o delirio o privadas del uso de la razón de manera involuntaria, a excepción de la embriaguez voluntaria u otra privación o alteración de la razón de la misma clase. Desde entonces esta afirmación, aunque se ha ido modificando, se ha mantenido hasta nuestros días.

Como es bien sabido, la merma de las facultades intelectivas y volitivas –es decir, la disminución de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión– de los sujetos que padecen una enfermedad mental no es la misma, puesto que pueden estar en mayor o en menor medida limitadas, por eso es necesario conocer con la mayor exactitud posible cómo se encontraban estas capacidades del sujeto en el momento de la comisión de los hechos delictivos perpetrados por la persona. Para ello, las intervenciones periciales psicológicas realizadas en el momento posterior a la comisión del hecho delictivo son de gran interés e importancia para poder conocer su situación psicológica. Esto ayuda a esclarecer si la persona presenta alguna anomalía, alteración o trastorno psíquico y si esa enfermedad puede estar relacionada con el delito cometido. El perito, que es el que se encarga de emitir el informe por ser experto en la materia y poder auxiliar al juez para conocer aquello que le solicite, emite un juicio valorativo asistiendo al órgano judicial. Pero este informe no es vinculante, solo informativo, ya que la última palabra siempre corresponde al juzgador.

IV.1.1. El Concepto de Imputabilidad

Antes de atender al concepto de imputabilidad es conveniente recordar el término de culpabilidad. La *culpabilidad* es la responsabilidad del autor por la comisión de un hecho antijurídico –es decir, de un hecho prohibido penalmente– que afecta a la capacidad del ejecutor para comprender la prohibición penal y actuar conforme a ese entendimiento. Por lo tanto, hay sujetos que pueden realizar conductas contrarias a Derecho y no comprender la ilicitud de ese hecho ni actuar conforme a Derecho.

Las condiciones personales y subjetivas presentes en el momento en el que se realiza la conducta típica y antijurídica deben apreciarse cuando se elabore el juicio de culpabilidad. Es decir, no es constitucionalmente legítimo un “derecho penal de autor” que determine las penas en función de la personalidad del reo y no según su culpabilidad en la comisión de los hechos. Esto es, no se puede imponer una pena al autor si no hay posibilidad de actuar conforme a Derecho y sin dolo o imprudencia no hay culpabilidad (Al Fawal, 2013).

Vázquez (2005) define el concepto de *imputabilidad* –o responsabilidad o capacidad penal también utilizados para referirse al mismo– como aquel concepto jurídico-penal de base psicológica que determina el grado de *normalidad psíquica* –se refiere a ajustarse a unas normas de actuar, de sentir y de pensar– de una persona, cuando esta sea autora de un hecho delictivo y se le aplique, por tanto, una sanción penal. En base a esta definición, lo que hay que preguntarse es si la persona que ha cometido un hecho delictivo “es capaz de conocer la realidad y de hacer o de ejercer su libertad conforme a ese conocimiento, o si tiene capacidad para discernir entre el bien y el mal y actuar conforme a ese discernimiento”. En este sentido, los conceptos de conocimiento y voluntad son los que sustentan las bases de un acto responsable y libre.

La Dra. en Psicología María del Carmen Cano Lozano²², dispone que el concepto de *imputabilidad* tiene una base psicológica y que comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe tener un individuo autor de un delito para que le puedan declarar culpable. La doctrina dominante requiere dos elementos, por una parte, la capacidad de comprender que el hecho llevado a cabo es antijurídico y, por otra, la

²² Fuente: <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>

capacidad de dirigir esa actuación conforme al entendimiento, por lo que tanto la inteligencia como la voluntad son la base psicológica de la imputabilidad penal y cuando estas se encuentran suprimidas o gravemente alteradas no podemos hablar de imputabilidad, puesto que no existe. De esta información se puede inferir que cualquier alteración mental que afecte a las funciones psicológicas intelectivas y volitivas es causa de inimputabilidad. Pero este examen psicológico forense, además de evaluar lo ya dispuesto, también es necesario que valore el resto de las funciones psíquicas del individuo y el tipo de delito cometido para estimar la imputabilidad del sujeto en ese momento concreto y en base a esos hechos determinados.

Para Al Fawal (2013) los *factores de imputabilidad*, en términos médico-legales, son la conciencia, la inteligencia, la voluntad y la voluntad, es decir, la capacidad que tiene el sujeto de entender y de querer. Para las Teorías de la motivación de la norma, la función específica de la imputabilidad es concluir si la persona, dependiendo de sus circunstancias patológicas, está motivada o no por la norma penal a cometer el hecho delictivo.

Nuestra legislación penal no define de forma expresa el concepto de imputabilidad *per se* pero sí aparecen en su artículo 20²³ las causas de exención de la responsabilidad

²³ Artículo 20 CP: Están exentos de responsabilidad criminal:

“1º 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.

2º 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.

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

4º El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:

Primero. Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminentes. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquélla o éstas.

Segundo. Necesidad racional del medio empleado para impedirlo o repelerlo.

Tercero. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

5º El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:

Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.

criminal –o de culpabilidad– de quienes sufran anomalías o alteraciones psíquicas o se hallen en estado de intoxicación siempre que el afectado no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. En este sentido, el legislador utiliza un sistema mixto o biológico-psicológico puesto que no solo se atiende al origen biopatológico de la alteración mental sino también al efecto sufrido por el sujeto, con anulación o disminución de sus capacidades cognoscitivas y volitivas. Así, a las personas que no se les pueda eximir de responsabilidad penal porque no se encuentran en ninguna de las situaciones que el artículo mencionado describe, en ellas, concurrirá la imputabilidad.

Algunas definiciones del Tribunal Supremo con respecto al concepto de *imputabilidad* son las que a continuación se describen (Al Fawal, 2013):

“Aptitud para entender la injusticia del acto que realizó o la voluntad para obrar conforme a ella” (STS de 3 de marzo de 1930).

Considera el Tribunal que la misma se da “en toda persona que posee capacidad bastante para conocer y distinguir la diferente categoría de lo lícito y de lo prohibido, y conducirse según tal discernimiento” (STS de 10 de abril de 1957).

“Lo que de verdad interesa al derecho no son tanto las clasificaciones clínicas como su reflejo en el actuar” (STS de 1 de junio de 1966).

Un sujeto es inimputable cuando se halle “en el momento de la acción en una situación de tan completa y absoluta perturbación de sus facultades mentales que le impida totalmente la inteligencia de los actos que realiza y la voluntad de llevarlo a cabo” (STS de 29 de octubre de 1981).

Y la doctrina científica también se ha pronunciado con respecto al concepto de *imputabilidad*:

“El conjunto de condiciones o facultades mínimas requeridas para poder considerar a un sujeto culpable (responsable) por haber ejecutado un acto típico y antijurídico, a ello se le llama *imputabilidad*”.

La *imputabilidad* reúne el “conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requeridos por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida

Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

6º El que obre impulsado por miedo insuperable.

7º El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

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

como causada psíquica y éticamente por aquellas”.

Como se aprecia, existen numerosas definiciones del concepto pero básicamente todas recogen lo mismo, por lo que se puede concluir que la misma se mide en base al estado –si tiene voluntad y conocimiento– en el que se encontraba la persona en el momento de cometer los hechos, atendiendo a si padece alguna enfermedad mental y a si el hecho cometido tiene relación con la misma, esto es, que a causa de una alucinación auditiva haya cometido un hecho criminal relacionado con ella. También habrá que atender al grado de deterioro cognitivo y volitivo en el momento de la comisión del hecho para lo cual se han venido utilizando, como expone la Dra. María del Carmen Cano Lozano²⁴, tres grados jurisprudenciales en base a la imputabilidad:

- a) Imputable: si el entendimiento y la voluntad de la persona no se encuentran distorsionados ni con deficiencias, alteraciones o enfermedades mentales.
- b) Semiimputable: si la persona sufre o ha sufrido en el momento de la comisión del hecho perturbación, deficiencia o enfermedad mental que, aun sin anular totalmente su inteligencia o voluntad, interfiere parcialmente en sus funciones psíquicas.
- c) Inimputable: cuando la capacidad de conocer y de obrar de la persona, atendiendo a ese conocimiento, está anulada.

Por lo tanto, a las personas que han sido declaradas inimputables se les excluye la imposición de una pena, pero no la de una medida de seguridad que, como examinaremos más adelante, se prevé para los sujetos considerados peligrosos criminalmente, que se exterioriza en el delito que han cometido y en base a la existencia de riesgo de comportamientos futuros similares (art. 6 CP).

IV.1.1.1. Causas de Inimputabilidad

El artículo 20 del Código Penal enumera las causas que eximen de responsabilidad criminal o, lo que es lo mismo, las causas de inimputabilidad. En él aparecen recogidas, además de aquellas que hacen referencia a situaciones en las que el sujeto autor del hecho delictivo no es plenamente consciente de sus actos en el momento de la perpetración de los hechos, puesto que su conciencia y voluntad se encontraban alteradas, que son los que nos interesan, otras situaciones que pueden dar lugar a la

²⁴ Fuente: <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>

exención de la misma, pero que tienen que ver con situaciones especiales y no con la merma de sus capacidades intelectivas o volitivas, las cuales no son objeto de este estudio.

Dentro de las circunstancias que recoge el artículo, aquellas que se refieren a situaciones en las que la persona no es consciente de sus actos por esa carencia o disminución de las facultades intelectivas y/o volitivas, destacamos, por una parte, que esto sucede por circunstancias ajenas, y me refiero a estas con el consumo de drogas y la alteración de la percepción que esto conlleva y, por otra, por padecer alguna anomalía o alteración psíquica o por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia.

Como el tema principal en el estudio es la esquizofrenia y concretamente la de tipo paranoide, lo cual se apreciará en el siguiente capítulo, nos vamos a ceñir a la primera exención de responsabilidad que recoge el artículo 20 del Código Penal, puesto que es la que el Tribunal Supremo utiliza para estos casos, es decir, la que establece que tiene lugar atendiendo a dicha patología y a los delitos de homicidio cometidos que se han analizado.

Así, podemos afirmar que están exentos de responsabilidad criminal, entre otros:

“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 (...)” (art. 20.1º CP). Y, finaliza el artículo 20: “En los supuestos de los tres primeros números se aplicarán, en su caso, las medidas de seguridad previstas en este Código”. Estas medidas se recogen en el artículo 96 del mismo texto legal y se analizarán posteriormente.

Esta afirmación parte de la idea de que el sujeto que comete un tipo delictivo padece un trastorno psicopatológico que le impide conocer la norma y adecuar su comportamiento a ella. Si existe alguna duda, por mínima que sea, de que la persona autora del hecho delictivo puede padecer un trastorno mental, el juez está obligado a pronunciarse expresamente sobre si existe o no.

El criterio biológico-psicológico requiere que la persona padezca la enfermedad mental y que esta afecte en las facultades mentales del sujeto autor del hecho criminal, que es lo relevante en el caso, pues el mero hecho de padecer un trastorno mental no conlleva la realización de actos delictivos.

Por lo tanto, para declarar la exención de responsabilidad de una persona por cometer

un acto delictivo y padecer una enfermedad mental, es necesario que esa anomalía o alteración psíquica afecte a la capacidad de conocer –o inteligencia– y a la capacidad de actuar de acuerdo a ese conocimiento –o voluntad–. Además, se requiere que la afectación sea absoluta, es decir, que tenga anuladas totalmente las facultades mencionadas. En estos casos la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal que se aplicará será la eximente completa de responsabilidad penal y se le impondrá una medida de seguridad (art. 104 CP). Pero si no cumple con los criterios establecidos se podrá aplicar una eximente incompleta (art. 21.1ª CP) o una atenuante (art. 21.7ª CP), como veremos a continuación.

Por *anomalía* se entiende “trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y, frecuentemente, perturbaciones de la sensopercepción” (STS de 27 de abril de 2000). Se refiere a trastornos mentales de causas psíquicas –de la mente o relacionado con ella– u orgánicas –de los sistemas u órganos– presentando un desorden importante de su personalidad, alteraciones en la percepción, ideas delirantes, es decir, que la persona no percibe la realidad como es realmente, sino distorsionada. Schneider establece que se trata de variaciones anómalas del modo de ser, rasgos y disposiciones anormales de la personalidad que no cumplen los criterios suficientes para considerarlos trastornos de la personalidad. Y Ortega-Monasterio dice que esos rasgos tienen que entenderse como característicos de ese comportamiento o del carácter de esa persona, estables y constantes, que a veces aparecen de forma primaria o espontánea y otras en situaciones de relaciones interpersonales y estimuladas por el entorno (Al Fawal, 2013).

La *alteración mental* se mueve alrededor de tres alteraciones diferentes: una anulación absoluta de voluntad e inteligencia, que implicaría la exención total de responsabilidad; una disminución sensible de facultades volitivas e intelectivas, que conlleva la aplicación de la eximente incompleta; y una leve alteración anímica tanto en la capacidad de querer como de conocer, lo que correspondería la imposición de una atenuante por analogía (STS de 20 de junio de 1997). Para Blanco Lozano, una *alteración psíquica* consiste en una disfunción mental que no tiene origen patológico, no subyace una verdadera enfermedad desde el punto de vista médico-psiquiátrico, sino

que son determinados estímulos externos los que producen sobre la psique del sujeto un grave desequilibrio el cual remite una vez pasados los estímulos desencadenantes. Y Carrasco Gómez dice que la *alteración* es la actividad anormal, presencia o aparición de síntomas, de algún trastorno definido.

Las anomalías o alteraciones deben estar recogidas en el DSM-5 y CIE-10, que agrupan las categorías diagnósticas de los trastornos mentales –tanto en la esfera del neuroticismo como del psicoticismo y de los trastornos de control de los impulsos y trastornos de personalidad– (Al Fawal, 2013).

En definitiva, ambos conceptos, tanto anomalía como alteración, son bastante parecidos y se suelen utilizar indistintamente por el Tribunal Supremo puesto que no se ha apreciado que exista diferencia alguna en el uso que hace esta Sala, ya que la enfermedad que padecen todos los sujetos de las sentencias examinadas en el siguiente capítulo es la misma, esquizofrenia paranoide, y para eximir de responsabilidad, ya sea total, parcial o para simplemente atenuarla, utiliza los conceptos indistintamente. A lo que sí atiende este Tribunal de manera rigurosa y detallada es a la merma total o parcial de las capacidades cognitivas y volitivas de las personas objeto de sanción, que es el fundamento de la aplicación de las circunstancias modificativas de las responsabilidad penal.

En los casos en los que los individuos tengan parcialmente disminuidas esas facultades intelectivas y volitivas, se aplicará la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente incompleta, pues es evidente que aunque el sujeto no se encontrara en un estado de total inconsciencia a causa de ese padecimiento, tampoco se le podía exigir un actuar con pleno conocimiento y voluntad. Esta particularidad se recoge en el artículo 21.1ª del Código Penal, donde se establece que son circunstancias atenuantes: “las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos”. Es decir, que cuando no se aprecie que las facultades están disminuidas plenamente, pero sí parcialmente, a causa de una anomalía o alteración psíquica, el Tribunal podrá aplicar una eximente incompleta. Y, en estas situaciones, se podrá decretar también una medida de seguridad (art. 104 CP), las cuales analizaremos posteriormente.

Este mismo artículo en su apartado número 7º apunta que también son circunstancias atenuantes “cualquier otra de análoga significación que las anteriores” –que las del artículo 21 en general–. Para apreciar esta se requiere que exista menor culpabilidad en la conducta del individuo con respecto a la normal en el delito cometido y que tenga relación con la circunstancias atenuante cuando estén probados unos hechos análogos a los que contiene el texto legal. Y también se aplica esta atenuante en los casos en los que el grado de afectación de la imputabilidad no alcanza la eximente incompleta. Tanto la eximente incompleta como la atenuante sirven para rebajar el tiempo de duración de la medida de seguridad o de la pena, según corresponda en cada caso. Como veremos en el capítulo siguiente, en la práctica, se aplican las tres circunstancias expuestas, aunque unas más que otras, atendiendo como es preciso a cada caso concreto.

IV.1.2. Del Homicidio y sus Formas

El artículo 138.1 del Código Penal define el homicidio como el acto de causar la muerte que lleva a cabo una persona sobre otra, a la cual se le impondrá una pena de prisión de 10 a 15 años. El asesinato (art. 139 CP), en cambio, está tipificado con la pena de prisión de 15 a 25 años, y consiste en el acto de matar a otra persona pero concurriendo en él alevosía –emplear en la ejecución de los hechos medios, modos o formas que tiendan directamente a asegurar el resultado, suprimiendo el riesgo para el autor que pueda proceder de la defensa de la víctima– precio, recompensa o promesa; ensañamiento –aumentar deliberada e inhumanamente el dolor de la víctima–; o que el hecho se realice para facilitar la comisión de otro delito o para evitar que se descubra. Y si concurren más de una de las mencionadas se impondrá la pena en su mitad superior.

También se prevén una serie de circunstancias en las que, atendiendo a si concurren, se incrementará la responsabilidad penal y, en consecuencia, se agravará la pena o la medida de seguridad. El artículo 22 del mismo Código²⁵ cita que son 8 las

²⁵ Artículo 22 CP: “Son circunstancias agravantes:

1ª Ejecutar el hecho 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 especialmente a asegurarla, sin el riesgo que para su persona pudiera proceder de la defensa por parte del ofendido.

2ª Ejecutar el hecho mediante disfraz, con abuso de superioridad o aprovechando las circunstancias de lugar, tiempo o auxilio de otras personas que debiliten la defensa del ofendido o faciliten la impunidad del delincuente.

3ª Ejecutar el hecho mediante precio, recompensa o promesa.

circunstancias agravantes, pero nos vamos a centrar en 2, que son las que nos interesan. En primer lugar, ejecutar el hecho con alevosía (art. 22.1ª CP) y, en segundo lugar, aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima, causándole padecimientos innecesarios (art. 22.7ª CP), la cual se refiere al propio ensañamiento. Estas dos circunstancias pueden darse tanto en el delito de asesinato, pues ya se ha expuesto que son tanto agravantes específicas de este tipo delictivo como agravantes genéricas, lo que posibilita que también pueden concurrir cuando se comete un delito de homicidio, como examinaremos detalladamente en el siguiente capítulo en el análisis de los argumentos que expone el Tribunal Supremo a la hora de establecerlo.

Hay que destacar que no se impone la misma pena de prisión a una persona que ha cometido el delito en grado de tentativa que a otra que ha consumado la acción. Es decir, la primera hace referencia a cuando un sujeto comienza a ejecutar el delito, practicando todos o parte de los actos que objetivamente deberían producir el resultado, pero éste no se produce por causas independientes de la voluntad del autor (art. 16.1 CP) y en el segundo caso sí se produce el resultado. También recoge este artículo en su apartado 2º que estará exento de responsabilidad penal por el delito intentado quien evite voluntariamente su consumación desistiendo de la ejecución ya iniciada o impidiendo que se produzca el resultado, sin perjuicio de la responsabilidad que pueda tener si los actos ejecutados constituyen otro delito.

IV.1.3. Evolución de la Legislación Penal

Antes de conocer la legislación penal que se ha venido estableciendo en el territorio español, se va a hacer una breve mención a distintos momentos históricos.

4ª Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, orientación o identidad sexual, razones de género, la enfermedad que padezca o su discapacidad.

5ª Aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima, causando a ésta padecimientos innecesarios para la ejecución del delito.

6ª Obrar con abuso de confianza.

7ª Prevalerse del carácter público que tenga el culpable.

8ª Ser reincidente.

Hay reincidencia cuando, al delinquir, el culpable haya sido condenado ejecutoriamente por un delito comprendido en el mismo título de este Código, siempre que sea de la misma naturaleza.

A los efectos de este número no se computarán los antecedentes penales cancelados o que debieran serlo, ni los que correspondan a delitos leves.

Las condenas firmes de jueces o tribunales impuestas en otros Estados de la Unión Europea producirán los efectos de reincidencia salvo que el antecedente penal haya sido cancelado o pudiera serlo con arreglo al Derecho español”.

En la Antigua Roma y, posteriormente, en la Edad Media, a la persona que padecía de locura se la imponían diversas incapacidades jurídicas. El considerado loco no podía hacer promesas, tener palabra, ni testimoniar, puesto que si lo hacía se consideraba nulo. Lo que pretendían conseguir con ello era proteger los intereses materiales de los parientes. Tampoco podía disponer de sus bienes, encargándose de ellos sus familiares o su tutor; ni rendir testimonio ante tribunales, ni hacer contratos. La familia del enfermo se encargaba de cuidarle y debían garantizar su subsistencia y su guarda, en la medida en que se lo permitieran sus circunstancias económicas y su rango social. La incapacidad de esta persona debía ser declarada por la justicia, lo que se hacía a petición de los familiares. Y aquellos extranjeros que no tuvieran familia eran expulsados de las ciudades²⁶.

Al inicio de este capítulo se ha apuntado que nuestro primer Código Penal, de 1822, en su artículo 26 dispone que no se considera delincuente ni culpable al que comete la acción hallándose dormido, en estado de demencia o delirio, o privado del uso de su razón involuntariamente, excepto la embriaguez voluntaria o cualquier otra privación o alteración de la razón de la misma clase, que tampoco disminuirá la pena que corresponda.

En el siguiente Código penal aprobado, de 1848, enumera en su artículo 8 aquellas personas que están exentas de responsabilidad criminal “el loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo de razón” y cuando este haya cometido un delito calificado como grave el Tribunal decretará su reclusión en un hospital destinado a la enfermedad que padece, del cual no podrá salir sin autorización del mismo. Se puede observar que este mandato tiene bastante parecido con el que rige hoy en día, que son las medidas de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico que decretará el juez en los casos de las personas consideradas inimputables. En otros casos, concluye el artículo 8, que podrá ser entregado a su familia, la cual se encargará de custodiarle. Esta medida sigue en vigor en el Código Penal actual de 1995, como veremos posteriormente.

También aparecen detalladas las circunstancias atenuantes y las agravantes. Las primeras se encuentran recogidas en el artículo 9.1^a que es exactamente igual en contenido al que tenemos hoy en día: “las expresadas en el capítulo anterior, cuando no

²⁶ Fuente: <https://es.slideshare.net/alinslide/breve-historia-de-la-locura-6382435>

concurran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos” y la del apartado 8º de este mismo artículo, también: “cualquier otra circunstancia de igual entidad análoga a las anteriores”. En cuanto a las segundas, aparece en su artículo 10.1ª que son circunstancias agravantes “ejecutar el hecho con alevosía, entendiéndose que hay cuando se obra a traición o sobre seguro” y en su apartado 5º, el que hace referencia al ensañamiento “aumentar deliberadamente el mal del delito, causando otros males innecesarios para su ejecución”. La siguiente modificación tiene lugar en el Código Penal de 1870, el cual recoge en su artículo 8 que “no delinquen, y por consiguiente están exentos de responsabilidad criminal: 1º el imbécil y el loco, a no ser que éste haya obrado en un intervalo de razón” y le sigue prácticamente igual que el artículo del anterior texto legal. Lo que ha cambiado en este caso son los términos “loco o demente” por “imbécil y loco”. Las atenuantes y las agravantes permanecen intactas. Esto continuó así hasta la entrada en vigor del Código Penal de 1932, donde se declaraba exento de responsabilidad criminal “el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir” y continúa diciendo que cuando este cometa un hecho que la ley sancione como delito el Tribunal decretará su internamiento en un centro destinado al trato de la enfermedad, y no podrá salir sin autorización judicial. El término enajenación fue introducido en la reforma parcial del mencionado código, a propuesta del psiquiatra Sanchís Banus, y entendía la misma por toda enfermedad mental trascendente y con entidad suficiente y permanente, y el trastorno mental transitorio es una afectación puntual, no duradera en el tiempo (Al Fawal, 2013). Este último también se incluye en nuestro apartado 1º del artículo 20.

Es decir, hay un cambio en los términos “imbécil y loco” por “enajenado mental y trastorno mental transitorio”. También elimina el concepto “grave” del delito cometido por estos, requiriendo solamente que se trate de un delito. Y hoy en día, como ya se ha explicado, el artículo 20.1º del texto legal vigente –de 1995–, establece “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”, eliminando el concepto de enajenado.

Cuenta Al Fawal (2013), que el término de enajenación se sustituyó por anomalía porque entendían que el concepto rebasaba lo jurídico, internándose en lo médico, y abogaron por usar terminología no psiquiátrica y que algunos autores como Cerezo Mir o Muñoz Conde dicen que los términos anomalía o alteración psíquica son muy

imprecisos y no señala cuáles incluye.

IV.1.4. Situación de las Personas Inimputables e Irresponsables Penalmente

Las personas inimputables, como bien se ha explicado, son aquellas que padecen alguna anomalía o alteración psíquica, que afecta plenamente a sus facultades cognitivas y volitivas y le impide comprender la ilicitud de los hechos que ha llevado a cabo y actuar conforme a esa comprensión, por lo que no pueden ser declaradas responsables penalmente ya que esa responsabilidad implica inteligencia y voluntad, es decir, conocer y querer. Son irresponsables de acuerdo al Código Penal porque no se les puede reprochar su conducta es decir, la no actuación conforme a Derecho, ni aplicar una pena privativa de libertad, puesto que esta se decreta para las personas imputables. De esto se deduce que no hay culpa sin responsabilidad, por tanto, una persona que no es responsable no puede ser culpable y si no puede ser culpable, no puede ser imputable. Si la persona es inimputable, no se le puede imponer una pena; si no puede imponérsela una pena, no puede ser condenada; y si no puede ser condenada, debe ser absuelta. En resumen, alguien que no es responsable de la infracción penal debe ser absuelto en la sentencia judicial. La legislación penal prevé para estos casos las medidas de seguridad como medidas alternativas a la pena y que pueden ser aplicadas por el juez a las personas que este haya declarado inimputables en la sentencia (Campos, 2013).

IV.1.4.1. Especial Referencia a las Medidas de Seguridad

Las medidas de seguridad son sanciones sustitutivas de las penas que tienen su fundamento en la peligrosidad del sujeto que ha cometido un acto delictivo. Así, si el juez o tribunal considera que la persona autora es peligrosa porque además de haber cometido un delito existe un pronóstico de comportamiento futuro que revela la probabilidad de comisión de nuevos delitos, se le aplicará una medida de seguridad tendente a disminuir o eliminar esa peligrosidad (art. 95.1 CP). Por ello, a las personas culpables y por tanto imputables se les aplican penas y a las personas no culpables y por ende inimputables medidas de seguridad.

Antes de la entrada en vigor del Código Penal de 1995, las personas a las que se les declaraba exentas de responsabilidad criminal eran ingresadas en un establecimiento o

centro psiquiátrico pero no se establecía el plazo de internamiento, a diferencia de las personas condenadas a una pena de prisión, que quedaban libres nada más cumplieran la pena que se les hubiera impuesto, ya que para estas sí había obligación de fijar una duración (Campos, 2013). Así, con la entrada en vigor del texto actual, se establece que las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena privativa de libertad que se hubiera impuesto si el sujeto hubiera sido declarado responsable, ni exceder del límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor (art. 6 CP). Es decir, que no tiene que agotar el tiempo establecido para el internamiento, solo el necesario para que desaparezca la peligrosidad.

Mientras que las penas se fundamentan en la culpabilidad criminal del autor por el hecho delictivo cometido, las medidas de seguridad tienen su fundamento en la peligrosidad criminal. Esto no implica que toda persona que padezca una enfermedad mental y cometa un tipo delictivo sea peligrosa, sino que lo son en virtud de los actos que realizan y de los que pueden realizar en un futuro, atendiendo a sus circunstancias personales y a las características del hecho ya realizado.

Además, el concepto de peligrosidad no implica que se es o no peligroso, puesto que existen medidas de seguridad más restrictivas que otras. Es decir, al igual que en las penas, en las medidas de seguridad también se pueden aplicar medidas privativas de libertad y no privativas de libertad y de ello se encarga el órgano judicial, que será el que determine el grado de peligrosidad para imponer una u otra medida de seguridad. El segundo apartado del artículo 95 establece que no puede imponerse una medida privativa de libertad cuando la pena que pudiera haberse impuesto no hubiese sido privativa de libertad.

Las medidas de seguridad privativas de libertad que se pueden imponer son (art. 96.2 CP):

1. El internamiento en centro psiquiátrico, que se prevé para las personas a las que se les ha aplicado la eximente de responsabilidad penal del artículo 20.1º del CP: “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”. El internamiento se realiza para llevar a cabo un

tratamiento médico o de educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que padezca la persona (art. 101 CP). Como veremos en el siguiente capítulo es el que establece el Tribunal para las personas que padecen esquizofrenia paranoide y son declaradas inimputables.

2. El internamiento en centro de deshabitación, se establece para las personas a las que se les ha aplicado la eximente de responsabilidad penal del artículo 20.2º del CP “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. 102 CP).

3. El internamiento en centro educativo especial, se prevé para las personas a las que se les ha eximido de responsabilidad penal atendiendo al artículo 20.3º del CP: “el que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad” (art. 103 CP).

En los tres casos, los sujetos no pueden abandonar el centro sin autorización del tribunal que les sentenció y la duración de la medida de internamiento no puede exceder de aquella que se hubiera impuesto si el sujeto hubiera sido declarado culpable por el hecho cometido. Asimismo, se tiene que llevar a cabo un tratamiento adecuado al paciente con la finalidad de reducir o suprimir esa peligrosidad, que es la que les ha llevado a ingresar en un centro, es decir, siempre se busca una mejoría para el interno.

Las medidas no privativas de libertad son (art. 96.3 CP):

1. La inhabilitación profesional.
2. La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
3. La libertad vigilada.
4. 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. La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

6. La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

Cualquiera de estas medidas también se puede decretar en los tres supuestos anteriores de privación de libertad.

En los casos en los que se haya aplicado una eximente incompleta en relación con los números 1º, 2º y 3º del artículo 20, el juez o tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103 –las de internamiento que se acaban de explicar–. Pero la medida de internamiento sólo se aplicará cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no puede superar la establecida en la pena prevista por el Código para el delito (art. 104 CP). Es decir, que se puede aplicar una medida privativa de libertad y cuando desaparezca esa peligrosidad el juez o tribunal que la ordenó podrá cesarla; sustituirla por otra que estime más adecuada –p. ej., si ha decretado el internamiento en régimen cerrado cambiarlo por el de régimen abierto– o suspenderla temporalmente y podrá adoptar cualquiera de las medidas durante la ejecución de la sentencia (art. 97 CP) puesto que, como se apreciará en la práctica, los jueces solicitan cada cierto tiempo informes de los médicos de los centros donde les asisten para controlar esa mejoría o desmejora y, en su caso, sustituir esa medida por otra que pueda resultar más beneficiosa para la persona.

A pesar de que la inimputabilidad exime del cumplimiento de la pena, no exime de la responsabilidad civil (art. 118.1 CP), es decir, no son responsables criminalmente, pero sí civilmente. Y en los casos de las personas a las que se les haya aplicado la eximente de responsabilidad penal del artículo 20.1º y 3º del Código Penal, son también responsables “quienes los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte”. Los perjudicados por los delitos cometidos por personas inimputables pueden optar por exigir la responsabilidad civil derivada del delito ante la Jurisdicción Civil (art. 109.2 CP) y no hacerlo por la vía penal si así lo desean.

En los casos de exención parcial de la responsabilidad criminal, se pueden imponer penas y medidas de seguridad, es decir, supuestos en los que, tras el cumplimiento de una pena privativa de libertad deba cumplirse una medida de seguridad privativa de libertad o una medida de libertad vigilada, si así lo considera el juez, atendiendo a los informes emitidos por los facultativos (art. 98.1 CP).

Si resulta que concurren penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará posteriormente para el de la pena. Una vezalzada la medida de seguridad el órgano judicial podrá suspender el cumplimiento del resto de la pena, cuyo plazo no será superior a la duración de la misma, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos mediante la medida; o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3 del Código Penal.

En el artículo 100 del mismo texto se recoge que el quebrantamiento de la medida de seguridad dará lugar a que el órgano judicial ordene el reingreso en el centro de internamiento o en otro adecuado a su estado y en los casos de medidas no privativas de libertad que se sustituya por una privativa si lo considera necesario. No se considera quebrantamiento de la medida de seguridad la negativa a recibir el tratamiento médico o a continuarlo, impuesto por el juez o tribunal, que podrá acordar sustituirlo por otro acorde a su situación.

También es importante destacar que puede aplicarse una medida de seguridad tras haberse dictado sentencia (art. 60 CP) en el caso de “situación duradera de trastorno mental grave” que se aprecie con posterioridad a la sentencia emitida con la imposición de una pena y que impida a la persona conocer el sentido de la misma. En este caso, el sujeto no puede comprender el sentido de la pena, esto es, por qué y para qué se impuso, por lo que no tiene sentido aplicarla.

Cabe añadir que cuando finaliza el cumplimiento de una medida de seguridad, aunque el tratamiento no haya terminado, no haya tenido éxito o permanezca la peligrosidad de la persona, el sujeto es libre. Lo mismo ocurre con las personas que ingresan en prisión por un delito cometido y que, tras realizar, o no, un tratamiento, se valora al sujeto a la salida de la misma comprobando si hay posibilidad o no de reincidencia. Es decir, el problema se da en ambos casos, por lo que habría que preguntarse si los tratamientos o los programas diseñados para el trato de cada grupo de personas es adecuado, si se ajusta al tiempo que pueden permanecer ingresados o si hay motivación para someterse a ellos, puesto que es la mejor herramienta que existe. Aunque en los casos de los primeros existe la posibilidad de que por razón de trastorno psíquico sea necesario el internamiento de la persona. En estas situaciones, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, se pone en conocimiento del Ministerio Fiscal y se requiere autorización judicial para el ingreso de la persona que no está en condiciones de decirlo

ella misma (art. 763 LEC), y también puede decretar el juez o tribunal su incapacitación (Campos, 2013).

V. CAPITULO 3. ESTUDIO EMPIRICO RETROSPECTIVO

V.1. Tendencia Judicial en el Ámbito Estatal: Estudio Empírico Retrospectivo

V.1.1. Objetivos de la Investigación

El presente trabajo profundiza en el conocimiento de la responsabilidad penal de las personas que padecen el trastorno mental de esquizofrenia paranoide y cometen delitos de homicidio en cualquiera de sus formas, así como en los argumentos que utiliza el juzgador para tomar las decisiones que lleva a cabo. Para ello, se han analizado las sentencias del Tribunal Supremo comprendidas desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de enero del año 2017. Con esto se da a conocer la respuesta del Tribunal Supremo, que es el máximo órgano jurisdiccional en el territorio nacional en todos los órdenes, ya sea civil, penal, contencioso-administrativo y social, a excepción de lo dispuesto en materia de derechos constitucionales y garantías de los mismos (art. 123.1 CE), que es competente el Tribunal Constitucional.

Así, se van a estudiar cuáles son los motivos en los que se basa nuestro máximo órgano resolutorio a la hora de llevar a cabo una declaración o no de imputabilidad a estas personas y, en consecuencia, la imposición de una condena, basada en el cumplimiento de una pena privativa de libertad, o una absolución, que requiere el decreto de una medida de seguridad privativa de libertad. Y todo esto teniendo en cuenta las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal que existen en los supuestos en los que los victimarios tengan mermadas, en mayor o en menor medida, sus capacidades cognitivas y/o volitivas, es decir, la capacidad de comprensión y de actuación conforme a ella atendiendo a la enfermedad mental de esquizofrenia paranoide, que es la protagonista en este estudio, y al delito de homicidio o cualquiera de sus formas que se lleve a cabo.

V.1.2. El Recurso de Casación

Antes de comenzar a analizar los argumentos descritos en las sentencias del Tribunal Supremo en base a los cuales declarará la imputabilidad, la semiimputabilidad o la inimputabilidad de las personas que han cometido delitos de homicidio y sufren una esquizofrenia paranoide, es preciso conocer el instrumento del recurso de casación, es

decir, qué es, para qué sirve, quiénes están legitimados para interponerlo y en base a qué argumentos, etc.

El recurso de casación es un medio de impugnación extraordinario mediante el cual se somete al Tribunal Supremo –que es el órgano jurisdiccional superior– el conocimiento de unos asuntos basados en motivos tasados en la ley y de limitada interpretación y que se opone a ciertas resoluciones –determinados autos y sentencias–. Atendiendo al motivo del recurso, se puede solicitar a este Tribunal que anule la sentencia y, en consecuencia, dicte otra; o que declare la nulidad del proceso, ordenando volver al momento en que se produjo esa nulidad (Montero Aroca, Gómez Colomer, Barona Vilar, Esparza Leibar, Etxeberria Guridi, 2015).

Entre las características del recurso de casación nos encontramos las que a continuación se exponen:

- Es un recurso devolutivo puesto que tiene que ser resuelto por otro órgano judicial de categoría superior al que resolvió inicialmente, que es la Sala 2ª de lo Penal del Tribunal Supremo (arts. 57.1.1º LOPJ; 869 LECRIM);
- se trata de un recurso extraordinario porque los motivos para fundamentarlo se recogen en la ley procesal;
- estos motivos tienen que interpretarse de manera restrictiva;
- el ámbito de conocimiento del Tribunal Supremo no puede ser más de lo que las partes hayan establecido en el recurso.

En cuanto a las personas que están legitimadas para interponer el recurso de casación ante el Tribunal Supremo se encuentran el Ministerio Fiscal, las que hayan sido parte en los juicios criminales, las que sin haberlo sido resulten condenadas en la sentencia²⁷ y las herederas de unas y otras²⁸. Los actores civiles solo pueden interponer el recurso si afecta a las restituciones, reparaciones e indemnizaciones que hayan reclamado (art. 854 LECRIM).

²⁷ Se refiere a las entidades responsables del seguro obligatorio, esto es, los responsables civiles, puesto que el legislador no les permite ser parte del proceso en este concepto (art. 764.3 LECRIM). Montero Aroca, J., Gómez Colomer, J. L., Barona Vilar, S., Esparza Leibar, I. & Etxeberria Guridi, J. F. (2015). Los recursos (II). En Montero Aroca, J. (23), Derecho Jurisdiccional III. Proceso penal (pp. 480-499). Valencia: Tirant lo blanch.

²⁸ Se entiende desde la responsabilidad civil, es decir, la acción penal se extingue por la muerte del culpable, pero también se establece que contra los herederos y los causahabientes cabe ejercitar la acción civil –art. 115 LECRIM– (Montero Aroca et al, 2015).

Las resoluciones que pueden recurrirse en casación son determinados autos y sentencias: **Autos por infracción de ley:** los autos para los que la ley autorice expresamente el recurso y los autos definitivos dictados en primera instancia y en apelación por las Audiencias Provinciales o por la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional cuando finalicen el proceso por falta de jurisdicción o sobreseimiento libre y la causa se haya dirigido contra el encausado mediante resolución judicial que suponga imputación fundada (art. 848 LECRIM).

Sentencias por infracción de ley y por quebrantamiento de forma: contra las sentencias dictadas en única instancia²⁹ o en apelación por la Sala de lo Civil y Penal de los Tribunales Superiores de Justicia y contra las sentencias dictadas por la Sala de Apelación de la Audiencia Nacional [art. 847.1.a)]

Sentencias por infracción de ley: del motivo previsto en el número 1º del artículo 849 de la LECRIM³⁰ contra las sentencias dictadas en apelación por las Audiencias Provinciales y la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional.

Sentencias para unificación de doctrina: sentencias dictadas en apelación por las Audiencias Provinciales y por la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional en materia de menores, es decir, frente a las sentencias dictadas en primera instancia por los Juzgados de Menores y por el Juzgado Central de Menores, en determinados supuestos. Para ello hay que atender a la medida impuesta al menor. Este recurso de casación tiene por objeto unificar la doctrina –art. 42 LO 7/2000– (Montero Aroca et al, 2015).

Los motivos legalmente previstos para la interposición del recurso de casación, disponen Montero Aroca et al (2015), son los que se detallan:

1. Por infracción de ley. Aquí se recogen dos supuestos. El primero hace referencia a infringir un precepto penal u otra norma jurídica, ambas de carácter sustantivo, al no haberse apreciado al aplicar la Ley penal (art. 849.1º LECRIM) y, el segundo, se fundamenta en que haya existido error en la apreciación de la prueba documental que demuestre que el juzgador se haya equivocado (art. 849.2º LECRIM).

²⁹ Es decir, contra las personas aforadas, miembros de las carreras judicial y fiscal, por los delitos cometidos en el ejercicio de sus cargos en la Comunidad Autónoma, salvo que corresponda al Tribunal Supremo [art. 73.3. a) y b) LOPJ] (Montero Aroca et al, 2015).

³⁰ Esto es, por infracción de Derecho sustantivo –conjunto de normas que establecen los derechos y obligaciones de los ciudadanos que están vinculados por el orden jurídico establecido por el estado que, generalmente se refieren a las comprendidas en el Código Penal–, ya sea penal o de otro orden, cuando deba observarse al aplicarse la Ley penal (Montero Aroca et al, 2015).

Es decir, en cuanto al primero se cuestiona ante el Tribunal Supremo mediante la interposición del recurso de casación si el órgano de instancia ha aplicado correctamente la ley atendiendo a los hechos acaecidos, esto es, no se cuestionan los hechos probados sino la correcta o no aplicación de la norma sustantiva. Y, en el segundo caso, se impugna el relato fáctico que aparece en la sentencia que se ha recurrido al existir error en la apreciación de la prueba por ese tribunal. Para este último caso tienen que concurrir una serie de presupuestos:

- a) El concepto de documento engloba “todo soporte material que exprese o incorpore datos, hechos o narraciones con eficacia probatoria o cualquier otro tipo de relevancia jurídica” (art. 26 CP). Por lo tanto, se excluyen las pruebas personales o de otra naturaleza, como declaraciones de testigos, de peritos, grabaciones de las sesiones del juicio oral, etc. Es decir, tienen que ser documentos externos a la causa y que se incorporen posteriormente, a excepción de los informes periciales (STS de 6 de marzo de 2014).
- b) El documento tiene que demostrar de forma clara, concluyente y por sí mismo el error cometido, sin tener que acudir a otras pruebas para comprobarlo.
- c) El contenido del documento no puede ser contrario a otros elementos probatorios, pues en el proceso penal la prueba documental no tiene valor superior con respecto al resto de pruebas.
- d) El error que se alega tiene que ser relevante para poder modificar el fallo de la sentencia.
- e) Si se estima el motivo, el Tribunal Supremo casa y anula la resolución recurrida y, posteriormente, de manera separada, dicta la sentencia que proceda (arts. 901 y 902 LECRIM). Aunque el Tribunal Supremo, influenciado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, lo que está haciendo es declarar la nulidad de la sentencia y retrotraer las actuaciones al momento anterior a dictarla, es decir, sin dictar una nueva sentencia condenatoria (STS 548/2014, de 27 de junio).

2. Por quebrantamiento de forma. Consiste en infringir las normas procesales, ya sea tanto en el desarrollo del procedimiento como en la sentencia que lo finaliza, y son los que recoge el artículo 850 de la LECRIM:

- a) Cuando se haya denegado alguna diligencia de prueba que se haya propuesto en tiempo y forma por las partes y se considere pertinente. La jurisprudencia establece que este motivo se estimará si cumple una serie de requisitos formales, así como unos

presupuestos: dentro de los requisitos formales se encuentran, proponer la prueba en tiempo y en forma; que esta haya sido denegada en el momento de su proposición o que haya sido admitida pero se haya denegado la suspensión del juicio oral solicitada por la parte que recurre por la imposibilidad de practicarla; que se haya formulado propuesta ante el tribunal *a quo* –juez o tribunal contra cuya sentencia o resolución se interpone recurso ante el órgano superior– cuando se ha denegado (arts. 659 y 790.3 LECRIM); que si se trataba de una prueba testifical, la parte recurrente haya aportado las preguntas que le iba a formular para poder valorar si el testimonio podía ser relevante; y, dentro de los presupuestos, que la prueba denegada o no practicada sea pertinente –es decir, que tenga relación directa con la causa–; que sea necesaria y relevante; que sea posible –esto es, que se pueda practicar–; y que si no se realiza provocará indefensión a la parte que la ha propuesto.

b) Cuando se haya omitido la citación del procesado, la del responsable civil subsidiario, la de la parte acusadora o la del actor civil para su comparecencia en el acto del juicio oral, a no ser que estas partes hubiesen comparecido en tiempo, dándose por citadas. Es decir, que cabe interponer el recurso de casación cuando no se cita a las partes o, habiéndolas citado, no se practica la comparecencia en el juicio oral. En esta situación se estaría ante una vulneración del principio de contradicción, así como del derecho a su defensa, establecido en el artículo 24 de la CE³¹.

c) Cuando el Presidente del Tribunal se niegue a que un testigo conteste en audiencia pública o en diligencias que se practiquen, a la pregunta o preguntas pertinentes y de manifiesta influencia dirigidas en la causa, ya que esto puede afectar y cambiar el sentido de la sentencia.

d) Cuando se desestime cualquier pregunta porque induzca a engaño, sea sugestiva o impertinente, no siéndolo en realidad, siempre que sea lo suficientemente importante para el resultado del juicio.

e) Cuando el Tribunal no suspenda el juicio para los procesados comparecidos, en el caso de no haber concurrido algún acusado, siempre que haya causa fundada que se oponga a juzgarles independientemente y no hayan sido declarados en rebeldía.

³¹ “1. Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión. 2. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia (...)”.

Además, también se recogen otra serie de motivos previstos en el artículo 851 de la LECRIM por quebrantamiento de forma, pero en este caso por defectos en la sentencia:

- 1) Cuando en la sentencia no se expresa claramente cuáles son los hechos que se consideran probados, haya contradicción entre ellos, o se consideren hechos probados conceptos que, por su carácter jurídico, impliquen la predeterminación del fallo –es decir, la descripción de los hechos probados ha de realizarse de manera neutral, utilizando expresiones comunes y no conceptos jurídicos de predeterminen el fallo–.
- 2) Cuando en la sentencia sólo se exprese que los hechos alegados por las acusaciones no se han probado, sin hacer expresa relación de los que resultaren probados –estos últimos tienen que constar con aquello que deba resolverse en el fallo de la sentencia–.
- 3) Cuando no se resuelvan en la sentencia todos los puntos que hayan sido objeto de la acusación y de la defensa, pues así lo establece el artículo 742 de la LECRIM: “En la sentencia se resolverán todas las cuestiones que hayan sido objeto de juicio (...)”.
- 4) Cuando se pene un delito más grave que el que haya sido objeto de la acusación, si el Tribunal no hubiere procedido previamente como determina el artículo 733 de la LECRIM³².
- 5) Cuando la sentencia se haya dictado por un número menor de magistrados que el establecido en la Ley o sin que concurren los votos conformes que se exigen. Salvo que la ley prevea otra cosa, “(...) bastarán tres magistrados para formar Sala” (art. 196 LOPJ). El número de votos, salvo disposición expresa, es la mayoría absoluta (arts. 255 LOPJ y 153 LECRIM)
- 6) Cuando dice sentencia un magistrado cuya recusación³³, intentada en tiempo y forma, así como fundada en causa legal, se haya rechazado. La jurisprudencia establece que comprende también los supuestos en los que la recusación haya sido estimada, o haya

³² Si por el resultado de las pruebas el Tribunal entiende que el hecho ha sido calificado con manifiesto error, el Presidente puede emplear esta fórmula:

«Sin que sea visto prejuzgar el fallo definitivo sobre las conclusiones de la acusación y la defensa, el Tribunal desea que el Fiscal y los defensores del procesado (o los defensores de las partes cuando fueren varias) le ilustren acerca de si el hecho justiciable constituye el delito de... o si existe la circunstancia eximente de responsabilidad a que se refiere el número... del artículo... del Código Penal.»

No se puede utilizar en delitos que sólo pueden perseguirse a instancia de parte, ni para los errores que hayan cometido en los escritos de calificación, así respecto a la apreciación de las circunstancias atenuantes y agravantes como en cuanto a la participación de los procesados o de las procesadas en la ejecución del delito público que sea materia del juicio.

Si el Fiscal o cualquiera de los defensores de las partes indican que no están preparados para discutir la cuestión propuesta por el Presidente, se suspenderá la sesión hasta el día siguiente.

³³ Acto procesal que tiene por objeto impugnar la actuación de un juez en un proceso cuando una parte considera que su imparcialidad es dudosa.

sido desestimada siendo procedente, o no se haya sustanciado o hecho sin respetar los trámites legales.

También puede interponerse recurso de casación por infracción de precepto constitucional, cuya regulación se encuentra recogida en los artículos 852 de la LECRIM y 5.4 de la LOPJ. Los motivos de casación que se suelen invocar en este caso son principios, garantías o derechos reconocidos constitucionalmente y hay que mencionar que el derecho a la presunción de inocencia es bastante invocado, como se apreciará más adelante en el estudio de las sentencias del Tribunal Supremo analizadas en el presente trabajo.

El procedimiento mediante el cual se lleva a cabo el recurso de casación tiene cuatro fases. La **primera** de ellas es la **fase de preparación**, donde la persona o las personas que quieren recurrir se lo comunican al Tribunal que ha dictado la resolución que va a ser recurrida a través de un escrito autorizado por su abogado y procurador y donde tiene que constar qué es lo que se impugna y qué recurso se va a utilizar –es decir, qué motivo de los anteriormente descritos se va a alegar–, así como el depósito que se requiere para su interposición (art. 875 LECRIM), salvo en el caso de las personas insolventes, pues tienen derecho a la justicia gratuita. El plazo para ello es de 5 días desde que se notifica la sentencia. El Tribunal *a quo* tiene 3 días para pronunciarse acerca de si procede o no recurrir en casación en base al cumplimiento de los requisitos requeridos y a que la resolución impugnada sea recurrible. Si estima el recurso, ordena al Letrado de la Administración de Justicia³⁴ expedir la resolución en el plazo de 3 días y emplazará a las partes para que comparezcan ante el Tribunal Supremo para formalizar el recurso, que puede ser en el plazo de 15, 20 o 30 días, dependiendo de dónde se encuentre la sede del Tribunal *a quo*. Por el contrario, si se rechaza el recurso lo hará mediante auto motivado pero se puede interponer el recurso de queja ante el Tribunal Supremo.

³⁴ Son funcionarios públicos que están al servicio de la Administración de Justicia y constituyen un Cuerpo Superior Jurídico único y de carácter nacional, que depende del Ministerio de Justicia y ejercen sus funciones como autoridad, ostentando la dirección de la Oficina judicial. Fuente: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano/empleo-publico/acceso-convocatorias-perfiles/secretarios-judiciales>

La **segunda fase** es la **de interposición**. Aquí puede ocurrir, por una parte, que transcurra el plazo para interponer el recurso de casación ante la Sala 2ª de lo Penal del Tribunal Supremo; en este caso el Letrado de la Administración de Justicia emite un decreto declarándolo desierto –por haberse expirado el tiempo para formalizar el recurso–, imponiendo las costas al recurrente y siendo esta resolución firme (art. 873 y 878 LECRIM). Y, por otra, que se formalice el recurso mediante un escrito firmado por el abogado y el procurador, donde se detallarán los fundamentos doctrinales y legales avalando los motivos que se recurren, los artículos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal donde aparecen esos motivos y aquello que se reclama. Asimismo, ha de presentarse junto con el escrito el testimonio de la resolución y copia de este y del recurso a todas las partes, así como el documento que acredite que se ha realizado el depósito (arts. 874 y 875 LECRIM).

La **tercera fase**, que es la **de sustanciación**, se realiza ante el Tribunal Supremo y hay que comprobar que las partes restantes están en contradicción y resuelve si admite o no el recurso, pero no en base al fondo, es decir, hace un filtro de los asuntos de los que se va a pronunciar. En esta fase, el letrado de la administración de justicia designa al magistrado ponente que corresponda y entrega a las otras partes una copia del recurso. Si el acusado no es el que ha recurrido, se nombra a un abogado y a un procurador para defenderle. Hay un periodo de instrucción de 10 días tras los cuales el fiscal y las partes que han comparecido pueden adherirse al recurso; impugnar su admisión, lo que se realizará mediante escrito y entregando copia a las partes para que expongan lo que deseen en el plazo de 3 días (arts. 880 a 882 LECRIM); o la adhesión al mismo.

El recurso se puede inadmitir por razones de carácter formal, recogidas en el artículo 884 de la LECRIM y son: por tratarse de resoluciones no susceptibles de casación; que los motivos no se prevean en los artículos 849 a 851 de la LECRIM; que no se respeten los hechos declarados probados por la sentencia; que no se respeten los requisitos para su preparación e interposición; que no haya sido reclamada la subsanación de los defectos procesales en su momento; y que los documentos a los que se refiere el artículo 849.2º de la LECRIM no aparezcan en el proceso o no se hayan concretado.

También se puede inadmitir por razones de carácter material o de fondo, establecidas en el artículo 885 de la LECRIM, es decir, que el recurso carezca de fundamento o que el Tribunal Supremo haya desestimado en el fondo otros recursos iguales sustancialmente. Para denegar la admisión del recurso se requiere unanimidad de la Sala y se realizará

mediante auto motivado, salvo excepción en la que puede adoptarse por providencia. Contra esta resolución y contra la que admite el recurso no cabe otro (arts. 888, 889 y 892 LECRIM).

Por último, en la **fase de decisión**, para la celebración de la vista es necesario que las partes lo hayan solicitado en sus escritos (de interposición, de adhesión o de impugnación) y si la pena que se haya impuesto anteriormente o que pueda imponerse sea superior a seis años; cuando, en base a las circunstancias o al asunto, lo aconseje; o cuando, independientemente de la pena, se trate de delitos comprendidos en los de homicidio, aborto, lesiones al feto y torturas u otros delitos contra la integridad. En caso de no haberla solicitado, el Tribunal, de oficio o a instancia de parte, puede realizarla si lo estima necesario, es decir, no sería necesario celebrar la vista para que decida sobre el fondo del recurso. En este caso la Sala señala el día para la deliberación y el fallo. El Tribunal resolverá en los 10 días siguientes, donde establecerá si estima, especificando el motivo o los motivos, o desestima el recurso. Si se estima se le devuelve el depósito al recurrente y las costas ocasionadas por el recurso serán abonadas de oficio y, si se desestima, no se le devuelve el depósito y se le condenará al abono de las costas originadas por el recurso.

Hay que mencionar que si se anula la sentencia porque se considera que se ha cometido el quebrantamiento en forma, el Tribunal Supremo la devuelve al tribunal procedente para que la vuelva a sustanciar. Pero si considera que ha habido infracción de ley el Tribunal Supremo dicta separadamente la sentencia que proceda.

V.1.3. Método y Procedimiento

La selección de las sentencias del Tribunal Supremo para llevar a cabo la investigación requerida se ha realizado a través de dos bases de datos con contenido jurisprudencial, que son las páginas web del Consejo General del Poder Judicial y vLex. En ambas se han rellenado los campos necesarios para obtener la jurisprudencia precisa. Así, en la primera, se han establecido las opciones de “jurisdicción penal”, señalando las “sentencias” como tipo de resolución cuyo órgano sentenciador sea la “Sala Segunda de lo Penal del Tribunal Supremo” en todas las “Comunidades Autónomas” del estado español, estableciendo un intervalo de fechas de resolución de las sentencias “desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de enero del año 2017”, indicando como idioma el

“español” y añadiendo en el texto libre las palabras “esquizofrenia y homicidio”.

De la información señalada se han extraído un total de 57 sentencias del Tribunal Supremo y de esas 57 se han descartado 35, puesto que no contenían información de interés para la presente investigación como se detallará posteriormente.

En la segunda base de datos mencionada se ha elegido la opción de “jurisdicción española” cuyo contenido sea “jurisprudencia” y como Tribunal el “Supremo de la Sala Segunda de lo Penal”. En el espacio facilitado para indicar todas las palabras se ha escrito “esquizofrenia y homicidio”, con la “sentencia” como tipo de decisión y detallando un intervalo de fechas “desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de enero del año 2017”. De todos estos datos han resultado un total de 68 sentencias dictadas por el Tribunal Supremo.

Como es evidente, la mayoría de las sentencias de las dos bases de datos eran las mismas, pero también se han encontrado algunas en las que solamente aparecía en una o en otra, de ahí la diferencia del número entre ambas. En suma, el número total de sentencias del Tribunal Supremo analizadas para el tema que nos atañe ha sido de 24.

El criterio de selección de las mismas ha sido, por una parte, que el autor del hecho criminal padezca la enfermedad mental psicótica de esquizofrenia paranoide debidamente diagnosticada por un facultativo, independientemente de si en el momento de la comisión de los hechos el sujeto se encontraba bajo un brote o episodio derivado de la misma, y que haya cometido un hecho tipificado en el Código Penal actual bajo el epígrafe del Título Primero *Del homicidio y sus formas* que se encuentra en el Libro II del citado Código y, por otra parte, que la persona que interponga el recurso de casación ante el Tribunal Supremo por infracción de ley, quebrantamiento de forma y/o por infracción de precepto constitucional establecidos en las leyes penales, procesales, constitucionales, civiles o aquellas que alegue, sea el autor de los hechos enjuiciados.

La elección de las sentencias en las que la persona padezca el trastorno de esquizofrenia paranoide es porque, como se ha explicado al describir cada tipo de la enfermedad en el capítulo 1 de esta investigación, se trata de la más frecuente y la que más desata episodios violentos en los pacientes que la padecen. Asimismo, de todas las sentencias examinadas, 27 corresponden a autores de hechos delictivos con esquizofrenia pero, de estas, 24 a sujetos que han cometido los hechos y padecen el trastorno de esquizofrenia

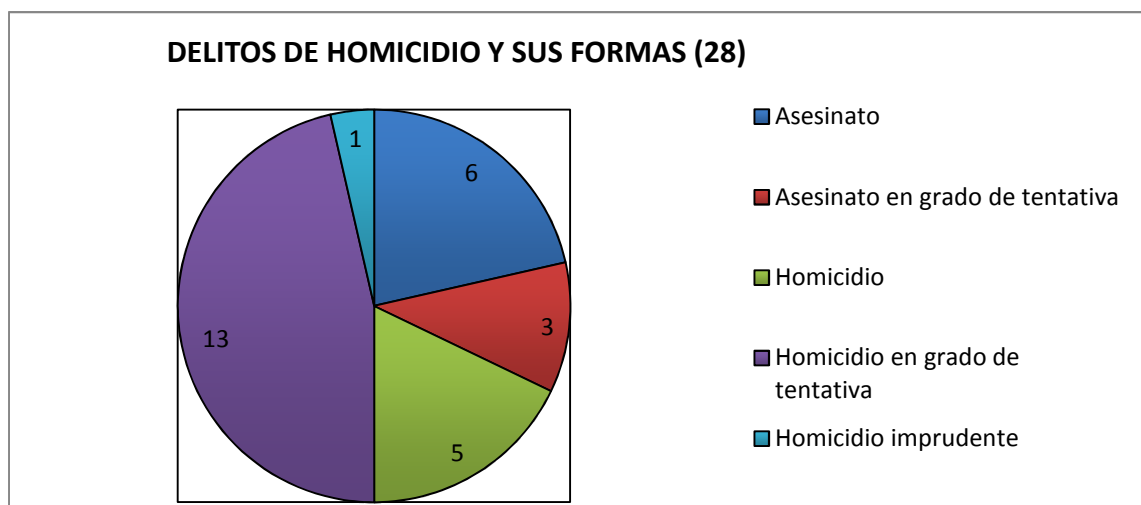
paranoide.

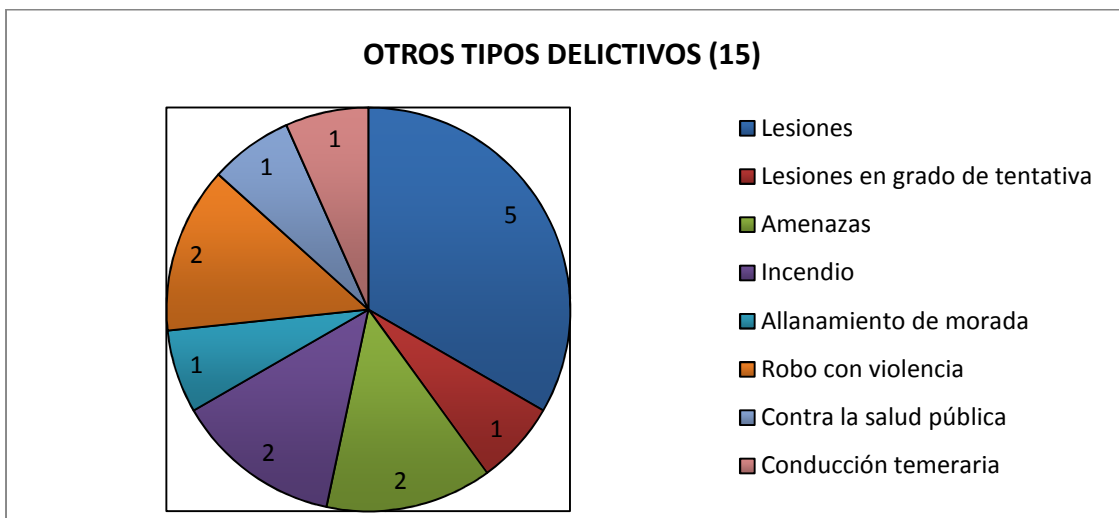
Como tipo penal se ha elegido el homicidio y sus diversas formas porque se trata del delito más importante y violento para las personas, esto es, la vida de las mismas y por ello merece especial consideración.

V.1.4. Resultados Obtenidos

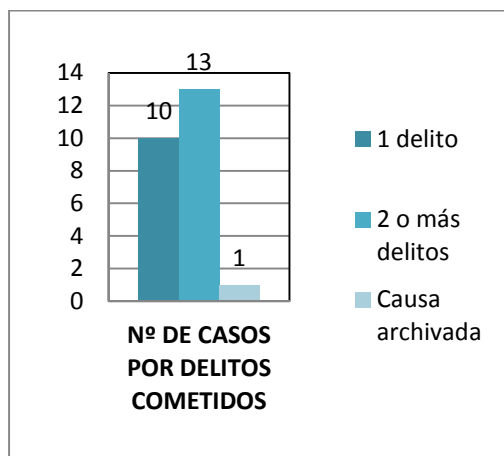
El total de los delitos cometidos en estas 24 sentencias es de 43, de los cuales 28 corresponden a homicidios, en sus múltiples formas, y el resto, es decir, 15, pertenecen a otros tipos de delitos.

Dentro de estos 28, los delitos de homicidio y sus formas se han manifestado de la siguiente manera: se han cometido 6 asesinatos, 3 asesinatos en grado de tentativa, 5 homicidios, 13 homicidios en grado de tentativa y 1 homicidio imprudente. De esta información se puede deducir que los delitos de homicidio en grado de tentativa son los que se llevan a cabo en mayor medida en las sentencias analizadas recurridas ante el Tribunal Supremo. Entre el resto de los delitos cometidos que no pertenecen a este grupo pero se han perpetrado junto con el delito principal que se viene estudiando, encontramos los siguientes: 5 delitos de lesiones, 1 delito de lesiones en grado de tentativa, 2 delitos de amenazas, 2 delitos de incendio, 1 delito de allanamiento de morada, 2 delitos de robo con violencia, 1 delito contra la salud pública y 1 delito de conducción temeraria.





En total, los casos en los que únicamente se ha cometido un tipo de delito de homicidio han sido 10 y 13 en los que se ha llevado a cabo la comisión de 1 o más delitos de homicidio junto con otro de los que se acaban de mencionar. De aquí resultan un total de 23 casos, pues el que falta, como veremos más adelante, la causa ha sido suspendida y archivada provisionalmente, por eso no se ha incluido en los recuentos de los delitos. Estos resultados nos informan de que en las sentencias del Tribunal Supremo examinadas sobre las personas que padecen esquizofrenia paranoide y cometen un delito de homicidio en cualquiera de sus formas, junto con este, en mayor medida, lleva a cabo algún otro de manera simultánea.



DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Según reiterada Jurisprudencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo (1111/2005, de 29 de septiembre; 1081/2007, de 20 de diciembre y 1192/2011, de 16 de noviembre, entre otras), la imputabilidad del sujeto tiene que ser valorada atendiendo al criterio mixto biológico-psicológico, es decir, que no basta el mero diagnóstico de la enfermedad –criterio biológico–, sino que es necesaria la probanza de esta en la afectación de las facultades mentales de la persona –criterio psicológico–, esto es, que la enfermedad tenga relación directa con el hecho típico cometido o, lo que es lo mismo, que ese hecho haya sido consecuencia de la patología que padece. Además, el Tribunal también establece en su Sentencia 215/2008, de 9 de mayo, y posteriormente reiterado en la 1192/2011, de 16 de noviembre, que la conclusión de si la persona acusada conoce la ilicitud del hecho que realiza y si puede dirigir sus actuaciones de acuerdo a esa comprensión no corresponde a los médicos sino al juzgador, por lo que el perito debe limitarse únicamente a dar a conocer el dato empírico.

Para llegar a tal inferencia, las circunstancias que hay que evaluar en cada caso concreto son:

- La intensidad y la influencia de la enfermedad sobre la psique del sujeto;
- la proximidad entre el momento en que se comete la acción y en el que tiene lugar el brote de la enfermedad;
- la relación causal entre la enfermedad y el comportamiento;
- el grado de deterioro intelectual;
- el delito cometido y la relación con la esquizofrenia paranoide;
- la existencia de otros factores que puedan incrementar la intensidad de la enfermedad y su influencia causal en las capacidades cognoscitivas y volitivas.

Teniendo en cuenta estos criterios, nos dice el Tribunal que, en los casos de esquizofrenia paranoide se viene utilizando la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente incompleta. Aunque en otras ocasiones se ha decantado por la eximente completa, atendiendo a las concretas circunstancias del caso en el que, tras el análisis exhaustivo, se aprecia su limitada capacidad y, por ende, su inimputabilidad (STS 1031/2005, de 26 de septiembre), o porque en el momento de la

comisión del hecho la persona actuaba “con motivaciones delirantes” y “pérdida de autodomínio”, apreciando que sus facultades se encontraban prácticamente anuladas debido a la patología que padece (SSTS 63/2006, de 31 de enero y 890/2010, de 8 de octubre). Hay que mencionar que esta Sala, en ocasiones, a pesar de que la persona haya sido diagnosticada de esquizofrenia paranoide, no ha aplicado atenuante alguna (STS 1111/2005, de 29 de septiembre), pues para apreciar una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal tiene que estar igual de probada que el hecho delictivo mismo, por lo que quien invoque su inimputabilidad deberá probarlo (STS 258/2009, de 16 de marzo).

Atendiendo a los motivos que alegan en el recurso de casación las personas recurrentes, para indicar que ha existido por parte del juzgador infracción de ley porque se ha cometido un error en la valoración de la prueba (art. 849.2 LECRIM) o porque se ha infringido un precepto penal (art. 849.1 LECRIM), son los que a continuación se analizan. Entre ellos, podemos encontrar la inaplicación de eximentes de responsabilidad criminal por padecer anomalía o alteración psíquica, o atenuantes; la indebida aplicación de la circunstancia cualificadora de alevosía del delito de asesinato o de la agravación específica de ensañamiento; la inexistencia de ánimo homicida; y el derecho a la presunción de inocencia.

Circunstancias Modificativas de la Responsabilidad Criminal

Para poder examinar adecuadamente las sentencias analizadas, estas se han dividido en dos grupos atendiendo a si las personas han sido condenadas o a si han sido absueltas por el Tribunal Supremo por el delito o los delitos cometidos.

La condena o la absolución atiende a si el sujeto que ha cometido el delito se encontraba en el momento de la perpetración del mismo con plenas capacidades de entender lo que estaba haciendo y de si podía dirigir su actuación conforme a esa comprensión. En función de si esas facultades se conservaban totalmente o de si estaban anuladas completa o parcialmente, el Tribunal decidirá la responsabilidad criminal que tiene la persona, el cual podrá aplicar la circunstancia modificativa de la responsabilidad penal de eximente completa o incompleta, dependiendo de si es considerada inimputable o semiimputable, o simplemente atenuarla.

De entre los hechos típicos realizados en ambos grupos no sobresale que se hayan llevado a cabo más de un tipo u otro en ninguno, es decir, que los delitos cometidos en sendos colectivos son similares y en ambos concurren tanto la comisión de uno como la de varios.

Atendiendo a las personas que han sido absueltas por el hecho o los hechos cometidos, se aprecia en las sentencias que el Tribunal ha optado por esta resolución porque en el momento de la comisión de los mismos, las personas que padecían la enfermedad de esquizofrenia paranoide, se encontraban bajo un episodio psicótico causado por la misma, el cual anulaba totalmente sus capacidades cognoscitivas y volitivas, impidiéndoles así comprender o entender lo que hacían y actuar en función a esa comprensión. En estos casos se ha decantado por la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente completa, que es la que se ha aplicado a la mayoría del grupo de los absueltos, concretamente a 9 de los 11.

También este Tribunal ha optado por absolver a las personas que en el momento de cometer los hechos, no ha quedado acreditado que se encontrasen con dichas capacidades completamente anuladas, es decir, que en estos casos lo estaban parcialmente, pues aunque sus facultades volitivas no le impedían conocer la ilicitud de su proceder, las intelectivas no le permitían actuar conforme a esa comprensión. Por ello se ha venido aplicando la eximente incompleta, que abarca 2 casos dentro del grupo de los absueltos.

Para que el tribunal llegara a la conclusión de que las personas no eran plenamente conscientes de los actos que realizaban por tener completa o parcialmente anuladas sus capacidades intelectivas y volitivas, se servía de numerosas pruebas que avalaban su decisión. Los informes periciales son pruebas muy importantes para demostrar, además de la enfermedad que padece la persona, que cuando tuvieron lugar los hechos esta se encontraba bajo un brote agudo de la enfermedad, con ideas delirantes y alucinaciones, informes que deben defender y ratificar en el acto del juicio oral –pues, por ejemplo, si solamente existen dos informes y son contradictorios y uno de los peritos acude al acto y el otro no, es más probable que el juez tenga en mayor consideración lo que dice este que ha acudido, aunque, por supuesto, el Tribunal atenderá a más pruebas–. Estos informes periciales que reflejan el estado mental de la persona deben realizarse en el momento en que los hechos acaban de ocurrir, puesto que es en ese preciso instante

donde se puede conocer si la persona presenta o no una merma de sus capacidades como consecuencia de la enfermedad que padece. El problema es que muchos de estos exámenes psiquiátricos se realizan con bastante posterioridad a ese momento idóneo, lo que impide conocer con mayor exactitud el deterioro mental del acusado en el momento adecuado. Este es uno de los motivos por el que en un caso se ha aplicado la eximente incompleta.

Es importante mencionar que los informes periciales no condicionan absolutamente la decisión de los tribunales, sino que sirven de ayuda para determinar algunos aspectos, por ello el tribunal no tiene que concluir definitivamente lo que dispongan los peritos si dispone de otros elementos probatorios que avalen su decisión, ateniéndose siempre a las reglas de la lógica y a las máximas de la experiencia (STS 730/2014, de 5 de noviembre), pues existen casos en los que los peritos no niegan que la persona en cuestión se encontrara bajo un brote de la enfermedad, sino que no pueden afirmarlo con certeza, por lo que el tribunal podrá concluir, en base a otros elementos probatorios, si la persona es semiimputable o inimputable. Además, en la Sentencia 63/2006, de 31 de enero ya citada, se expresa que “la capacidad para conocer la ilicitud y para dirigir las acciones de acuerdo con esa comprensión carece de una respuesta estrictamente médica”. En base a esta afirmación hay dos opiniones, los que consideran que los médicos no deben responder a esta cuestión, sino que corresponde al tribunal, y los que consideran que cuando se ha comprobado que existe perturbación por una enfermedad mental hay que recomendar exculpar a la persona, sin atender a la magnitud o a la relación entre el estado y el delito porque siempre va a existir esa perturbación, ya sea en mayor o en menor grado, por lo que estaría justificada la declaración de inimputabilidad.

Volviendo a las pruebas que utiliza el Tribunal para valorar los sucesos, tanto las declaraciones de los acusados como las testificales son de gran interés para el juzgador ya que, como se ha dicho, siempre hay que atender al caso concreto, pues en varias ocasiones los acusados manifiestan que oían voces, que estas les infundían un sentimiento de persecución, reacciones agresivas para evitar que otros les maten o hieran, que eran voces poderosas pero no sabían de quién o de quiénes provenían, que si no les hacían caso no sabían lo que podía pasar, etc., es decir, testimonios que, relacionados con otras pruebas, revelen información útil y necesaria para una correcta inferencia. Y las declaraciones testificales también expresan en muchos casos

información relevante, por ejemplo, que la mirada de la persona en el momento de la realización de los hechos estaba perdida, como si fuera de un loco, es decir, que era demencial; o que este había dejado de tomar la medicación prescrita, la cual se encarga de estabilizar la enfermedad, que es lo que habría provocado esa conducta delictiva, entre otras.

En definitiva, el juzgador valora todas las pruebas de las que dispone y, en base a ellas, llega a la conclusión que estima procedente para hacer constar si concurre o no la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente completa, pues no hay que olvidar que para apreciar la mencionada, la enfermedad de esquizofrenia paranoide es condición necesaria pero no suficiente para llegar a la conclusión de que existe una relación causal entre esta y el acto delictivo, es decir, hay que relacionar la enfermedad con el hecho típico cometido para comprobar si tiene vinculación.

Si analizamos el grupo de las personas condenadas, se observa que en la mayoría de los casos –en 7 concretamente– el Tribunal ha optado por aplicar la circunstancia modificativa de responsabilidad criminal de eximente incompleta. Y esto lo ha hecho porque, tras el análisis de todas las pruebas, ha llegado a la conclusión de que en estos supuestos las facultades cognoscitivas y volitivas de los acusados se encontraban moderadamente alteradas, sin llegar a estar anuladas totalmente. Si bien es cierto que en estos supuestos no consta probado que en el momento de la ejecución de los hechos delictivos la persona estuviera bajo los efectos de un brote psicótico, por lo que no se puede inferir que actuara con total inimputabilidad. Por eso es razonable concluir que la persona actuó con capacidad de comprensión limitada y que su capacidad de dirigir su conducta a las exigencias de la norma también lo estaba. Y a esta conclusión se llega mediante la fórmula más arriba expuesta, analizando y examinando el criterio biológico-psicológico y el grado y la intensidad psíquica de la enfermedad que padece la persona.

Es lógico pensar que ante una enfermedad mental grave que reduce, sin anularlas, de forma relevante, las facultades intelectivas y/o volitivas, que el sujeto actúe también con un conocimiento más limitado de la antijuridicidad de su acción y con una capacidad disminuida, pero no excluida (SSTS 254/2010, de 7 de marzo y 258/2009, de 16 de marzo), de ahí la aplicación de la eximente incompleta.

También se ha aplicado, aunque en menor medida –en 3 casos– la atenuante por analogía de alteración psíquica. Así, las sentencias del Tribunal Supremo 211/2011, de 30 de marzo y 1111/2005, de 29 de septiembre –ya citada–, nos recuerdan que para la calificación jurídica de los hechos cometidos debe atenderse a la incidencia de la enfermedad en la persona concreta y en un momento determinado, de tal manera que si el hecho se produce bajo efectos del brote esquizofrénico, se aplicará la circunstancia modificativa de la responsabilidad penal de eximente completa; si el sujeto no actuó bajo ese brote, pero las circunstancias del hecho revelan un comportamiento anómalo atribuible a la enfermedad se aplicará la eximente incompleta; y si no hubo brote ni comportamiento anómalo, se aplicará la atenuante analógica por la consecuencia del residuo patológico, denominado “defecto esquizofrénico”, que conserva la persona que padece la enfermedad. Es decir, en base a esta argumentación, cuando se ha aplicado la atenuante por analogía de enfermedad mental es porque el juez o tribunal ha considerado que por el mero hecho de padecer esquizofrenia paranoide existe un defecto psicológico en la persona que siempre va a estar ahí y ha podido influir indirectamente en la conducta. En estos casos lo que argumenta el Tribunal es que no se ha probado que el acusado en el momento de la comisión de los hechos hubiera sufrido una agudización de su enfermedad, por lo que no ha resultado afectado por un brote psicótico y, como ya se ha mencionado, corresponde acreditar las agravantes, atenuantes y eximentes a quien las alega, las cuales hay que demostrar que acontecen tanto como el mismo hecho delictivo. Y en los casos en los que se aplica esta atenuante es porque ni se ha demostrado que la actuación de la persona haya ocurrido bajo los efectos de la enfermedad, ni el Tribunal ha dispuesto de pruebas periciales y testificales que acrediten lo contrario. Por ejemplo, en el caso de un sujeto, que toma la medicación prescrita, cuya pareja ha finalizado la relación y este primero no está conforme, le amenaza, planea el ataque de manera minuciosa previéndose de vestimenta adecuada para la ocasión y de un arma para llevar a cabo esas amenazas y, finalmente, llega el día en que las ejecuta; además de avisar a los agentes policiales que se personaron en el lugar de los hechos de que tenía esquizofrenia paranoide y que no le iba a pasar nada. De esto podemos inferir que hay indicios para apreciar que su actuación no fue producto de un brote psicótico de la enfermedad, atendiendo, como no puede ser de otro modo, a más pruebas de que disponga el juez.

Hay que destacar que, en ocasiones, a pesar de haber sido diagnosticado el acusado de esquizofrenia paranoide, esta Sala no ha apreciado atenuante ni en su modalidad más leve, puesto que la enfermedad solo se tiene en cuenta a efectos de individualización de la pena, es decir, para determinar la cuantía. Por eso concluye que hay que atender a las circunstancias de cada caso y examinar la influencia de la enfermedad en la mente y voluntad del sujeto cuando el hecho se realiza. Así, en dos casos del grupo de los condenados no se ha apreciado (STS 1111/2005, de 29 de septiembre).

En la siguiente tabla se resumen brevemente los motivos por los que el tribunal decide aplicar una u otra circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

CONDENADAS (12)			ABSUELTAS (11)	
Eximente incompleta (7)	Atenuante (3)	Ninguna (2)	Eximente completa (9)	Eximente incompleta (2)
+ Capacidades cognoscitivas y volitivas moderadamente alteradas (comportamiento anómalo atribuible a la enfermedad) → limita capacidad de comprender y de actuar	+ “ Defecto esquizofrénico ” o residuo patológico de la enfermedad (ni brote ni comportamiento anómalo)	+ No hay relación entre hecho y enfermedad	+ Capacidades cognoscitivas y volitivas totalmente anuladas (por efectos del brote psicótico) → impide comprender y actuar	+ Capacidades volitivas plenas pero intelectivas anuladas → no impide comprender pero sí actuar

Alevosía y Ensañamiento

Tanto en el grupo de las personas condenadas como en el de las absueltas, se aprecia que el Tribunal ha estimado que, en muchos de los casos, ha concurrido la alevosía como agravante específica del delito de asesinato (art. 139.1ª CP), la cual también se establece como una agravante genérica (art. 22.1ª CP) y, en menos ocasiones, la circunstancia agravante genérica de ensañamiento (art. 22.5ª CP), que también es una agravante específica del delito de asesinato (139.3ª CP). Del mismo modo, ha sido bastante discutida en los casos en los que se han tipificado los hechos como un delito de homicidio, la voluntad homicida del susodicho, es decir, si hubo o no intención de matar, lo que influirá en la calificación jurídica de los hechos, pues no es lo mismo intención

de matar que intención de lesionar, lo que llevaría a apreciar un delito de lesiones y, en consecuencia, la rebaja de la pena.

Existe alevosía cuando una persona comete cualquiera de los delitos contra las personas empleando en la ejecución de los mismos medios, modos o formas que la garanticen, asegurándose de que no corre ningún riesgo en el caso de una reacción defensiva por parte de la víctima (art. 22.1ª CP). Respecto de la alevosía existe abundante doctrina, la cual regula tanto su naturaleza como sus requisitos (STS 494/2000, de 29 de junio). Así, esta puede manifestarse de tres maneras diferentes:

Alevosía proditoria: equivale a la traición, trampa e incluye la emboscada, acechanza. En estas situaciones el sujeto agresor se oculta y se abalanza sobre la víctima en el momento y lugar en los que esta no se espera. Posiblemente es la forma de actuación más comúnmente identificada con lo que representa la alevosía.

Alevosía súbita, inopinada o sorpresiva: es la acción en la que el agresor, a la vista o en presencia de la víctima, la cual no conoce ni descubre sus intenciones, aprovecha la confianza de esta para actuar de manera imprevista, fulgurante o repentina. En estos casos, el carácter sorpresivo de la agresión suprime la posibilidad de defensa, puesto que quien no espera el ataque difícilmente puede prepararse para defenderse.

Alevosía de desvalimiento: consiste en el aprovechamiento de una situación de desamparo de la víctima. Por ejemplo, en los casos de niños pequeños, ancianos, enfermos graves o personas desvalidas, o por encontrarse de forma accidental privadas de sus sentidos –como drogadas o dormidas–, es decir, la actuación que se aprovecha en situaciones especiales de desamparo.

En este sentido, expresa el Tribunal en uno de los casos, cabe aclarar que aunque existan lesiones superficiales en el cuerpo de la víctima como defensivas no impide identificar la alevosía, puesto que se utilizan los medios seleccionados para asegurar el resultado sin riesgo (STS 535/2016, de 17 de junio), pues es evidente que la víctima intentó evitar la acción aun siendo sorpresiva. También nos recuerda que en este tipo de alevosía, apreciable en los casos en los que se ataca sin previo aviso, igualmente reviste este carácter cuando, aun habiendo mediado enfrentamiento, se produce un cambio cualitativo en la situación, de modo que esa última fase de la agresión, con sus propias características, no podía ser esperada por la víctima (STS 1081/2007, de 20 de diciembre).

Los elementos que conforman la alevosía son tres:

1. Elemento normativo: hace referencia a que la alevosía sólo puede apreciarse en los delitos contra las personas.
2. Elemento objetivo o instrumental: se refiere al *modus operandi*, es decir, que el autor utilice en la ejecución del delito medios, modos o formas objetivamente adecuados para asegurar el resultado, eliminando las posibilidades de defensa de la víctima y minimizando el riesgo para sí mismo.
3. Elemento subjetivo: se refiere al dolo del autor, es decir, su conciencia y voluntad, que se proyecta mediante la utilización de medios, modos o formas empleados y asegurando la ejecución y la orientación a impedir la defensa del ofendido, eliminando el posible riesgo que pudiera suponer para su persona una reacción defensiva de la víctima.

Por lo tanto, para apreciar si existe o no la circunstancia específica de alevosía hay que tener en cuenta el elemento normativo, que es indiscutible siempre que se trate de delitos contra las personas; el elemento subjetivo, que se refiere a la conciencia de la persona activa, que con su modo de actuar esté provocando una muerte segura; y el elemento objetivo, instrumental o *modus operandi*, que se expresa en asegurar la muerte de la víctima y eliminar los riesgos que pueda sufrir el propio agresor por parte de esta. La alevosía siempre ha de ser probada por la parte acusadora, teniendo en cuenta que si se elimina totalmente la defensa del agredido, asegurando el resultado sin riesgo, nos encontraremos ante la cualificación de la misma (STS 211/2011, de 30 de marzo).

El ensañamiento, como se ha explicado anteriormente, al igual que la alevosía, es tanto un elemento constitutivo del delito de asesinato como una circunstancia agravante genérica y, en ambos casos, el precepto normativo hace referencia a una forma de actuar del autor en la que este, además de perseguir el resultado del delito –la muerte– persigue otros males que exceden de la acción típica, considerados innecesarios para alcanzar ese resultado mortal. Lo que busca con esta acción es provocar un sufrimiento añadido a la víctima, lo que el juzgador denomina “la maldad brutal sin finalidad”; o que la conducta dirigida a matar a una persona se realice con un “lujo de males” y la doctrina penalista alude a males innecesarios que se realizan por el mero placer de hacer daño, lo que supone mayor gravedad (STS 535/2016, de 17 de junio). Esto es, aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima, causándole padecimientos innecesarios para ejecutar del delito. Con deliberadamente se exige que exista un conocimiento

reflexivo y con inhumanamente se refiere a un comportamiento deshumanizado, excesivo por su crueldad o perversidad (STS 1176/2003, de 12 de septiembre).

Para apreciar que el ensañamiento ha estado presente, la doctrina del Tribunal Supremo expresa que tienen que concurrir dos elementos: el elemento objetivo, que hace referencia a que el autor del hecho delictivo cause males objetivamente innecesarios para conseguir el resultado típico aumentando el dolor o sufrimiento de la víctima y el elemento subjetivo, que ejecute de manera consciente y deliberada los actos que no se dirigen directamente a consumar el delito, sino a aumentar el sufrimiento de la víctima (SSTS 996/2005, de 13 de julio y 688/2007, de 18 de julio, entre otras). Hay que tener en cuenta que no solo es el número de puñaladas lo que determinará si existe o no ensañamiento, sino que se exprese en el hecho que el autor pretende causar dolor innecesario independiente al hecho de la muerte.

Atendiendo a la compatibilidad o incompatibilidad entre la alevosía y el ensañamiento con la esquizofrenia paranoide para concluir si, en estos casos, puede concurrir el delito de asesinato, hay que prescindir de los elementos subjetivos que lo definen –dolo o imprudencia– porque se encuentran conectados con la culpabilidad de la persona activa del delito, pues en los casos de eximente completa ya hemos dicho que no existe la misma, por eso se le absuelve, puesto que no concurren los elementos del dolo – cognoscitivo y volitivo–.

La imputabilidad o capacidad de culpabilidad es la base de esos elementos subjetivos – del dolo o de la imprudencia– que configuran la alevosía, por lo que si no hay capacidad de culpabilidad no hay que atender a esos elementos subjetivos. En estos casos, hay que limitarse a examinar si concurren los elementos propios de la alevosía o del ensañamiento, en su caso, examinados anteriormente, que constituyen el delito de asesinato. Esto es así porque nuestro Código Penal establece que en la sentencia –que en estos casos es absolutoria– hay que fijar el límite máximo de la medida de seguridad, sobre todo cuando esta consiste en la privación de libertad (art. 101.1 CP), que no puede exceder del tiempo que hubiera durado la pena privativa de libertad para un sujeto que sea totalmente imputable, que es la prevista en el artículo que define el delito que se haya cometido. Por lo tanto, solamente hay que atender al elemento objetivo para apreciar que existe alevosía o ensañamiento en el caso de las personas que padecen esquizofrenia paranoide y se les aplica la eximente completa, esto es, por la peligrosidad de las mismas, que es el fundamento de la medida de seguridad, ha de cuantificarse sólo

en base a esos elementos objetivos –es decir, que la persona que comete el delito haya utilizado para ello medios, modos o formas adecuados que el aseguren su comisión suprimiendo la defensa de la víctima y minimizando el riesgo para sí–, puesto que el normativo sí concurre –que se aprecie en un delito contra las personas– (STS 1176/2003, de 12 de septiembre). Y lo mismo ocurre con el ensañamiento, donde habría que probar si se da el elemento objetivo –que la persona ejecutora del delito cause males innecesarios para conseguir el resultado mortal aumentando el dolor o sufrimiento de la víctima–, puesto que el elemento subjetivo, que hace referencia a la culpabilidad y, por ende, a la imputabilidad, no se da.

Asimismo, el Tribunal Supremo en su Sentencia 494/2000, de 29 de junio, declara la compatibilidad de la alevosía “con la perturbación anímica –Sentencia 1222/1995, de 24 noviembre–, con la eximente incompleta de enajenación mental –Sentencias de 11 junio de 1991, 1428/1994, de 1 de julio y 1061/1996, de 17 diciembre– y con la semieximente de trastorno mental transitorio –Sentencias de 24 enero de 1992 y 1689/1994, de 3 octubre–. También con el arrebato –Sentencias 400/1993, de 20 febrero y 210/1996, de 11 marzo–, con la violenta emoción –Sentencia de 15 abril de 1991– y, en general, con los estados pasionales –Sentencia 682/1995, de 23 de mayo– e incluso con la propia drogadicción –Sentencia 437/1995, de 22 de marzo–”. Además, como ya se ha mencionado, expone que en los supuestos en los que se aplique la medida de internamiento prevista para los inimputables en el artículo 101.1 del Código Penal, el límite temporal de la misma viene establecido al tipificar el hecho como si el sujeto fuese responsable criminalmente, por lo que en los casos de alevosía o ensañamiento el hecho ha de calificarse como asesinato.

El Animus necandi

El *animus necandi* es un término jurídico que se utiliza para hacer referencia a la cuestión de si en la comisión de un tipo delictivo hubo o no intención de matar con respecto a la persona que ejecutó los hechos. En los casos en los que se cuestiona si existió o no voluntad homicida, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido diciendo que hay que atender a la concurrencia de una serie de circunstancias anteriores, coetáneas o posteriores al hecho que pueden ofrecer alguna pista sobre la intención del autor. En este sentido, tendríamos que atender a:

- La relación que existe entre el autor y la víctima;
- la personalidad de ambos;
- las actitudes que se hayan observado o las incidencias que hayan ocurrido antes de que haya tenido lugar el hecho, atendiendo especialmente a si han existido amenazas;
- las manifestaciones de las personas que hayan intervenido durante el enfrentamiento y del autor después de perpetrar el hecho;
- las condiciones del espacio, tiempo y lugar;
- las características del arma y su idoneidad para lesionar o matar;
- el lugar o la zona del cuerpo a la que se dirige la acción, atendiendo a su vulnerabilidad y a su carácter más o menos vital;
- la insistencia o reiteración en actos agresivos y su intensidad;
- la conducta posterior del autor.

Pero como dice el Tribunal en su Sentencia 303/2009, de 1 de abril, no es preciso que concurren todas las circunstancias citadas, ya que las dos más significativas son el tipo de arma utilizada y la zona de cuerpo atacada, además de la intensidad del suceso y la incidencia letal de las heridas. Así, en el caso en el que una persona posea una navaja y la dirija al cuello de la víctima en varias ocasiones, se puede deducir que efectivamente hubo intención de matar; o aquel supuesto en el que la parte que ejecuta el delito utiliza un martillo para llevar a cabo la agresión, el cual lo dirige a la cabeza de la víctima con una fuerza brutal.

Se cuestiona en ocasiones si existe *animus necandi* cuando la persona ejecutora depone en su actitud de matar, para lo que el legislador expone que es necesario determinar la causa por la que no se produce ese resultado, atendiendo a si la producción del mismo es ajena a la voluntad del autor o a si es el autor el que evita la consumación de manera voluntaria. Es decir, en un supuesto en el que la persona que está ejecutando el delito depone en su actitud pero no concurre el presupuesto necesario que justifica que el mismo no ha desistido voluntariamente para evitar el resultado mortal y “las lesiones causadas a la víctima eran tales que podrían haber provocado su muerte de no haber sido atendida con la rapidez necesaria”, no se puede decir que no existió ánimo homicida, cuando realmente no se produjo ese resultado por una rápida asistencia médica, que fue la que evitó la muerte (STS 1192/2011, de 16 de noviembre), ni tampoco se puede decir que no hubo *animus necandi* cuando “de los hechos no se deduce que la acción del autor impidiese el resultado, sino que coadyuvó a la

disminución de los efectos del daño causado” (STS 211/2002, de 15 de febrero).

También explica esta Sala que a pesar de que la persona que lleva a cabo la acción delictiva se encuentre inducida por su propio delirio, como consecuencia de la anomalía psíquica que padece, es perfectamente compatible con la existencia de *animus necandi*, lo que se evidencia en la acción que lleva a cabo, como por ejemplo un corte profundo en la garganta (STS 971/2004, de 23 de julio). Así, en el momento de cometer los hechos, la persona acusada no podía comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esta comprensión por el delirio o la alucinación que estuviera sufriendo a causa del brote psicótico, pero esto no excluye el propósito de matar que se habría formado en su interior (STS 494/2000, de 29 de junio).

La Presunción de Inocencia

Las personas que han optado por la interposición del recurso de casación ante el Tribunal Supremo por considerar vulnerados o infringidos determinados derechos reconocidos en los diferentes preceptos legales, han invocado el artículo 5.4. de la LOPJ el cual se alega para hacer constar, según el recurrente, que ha habido infracción de un precepto constitucional. También el artículo 852 de la LECRIM establece que se puede interponer el recurso de casación por la infracción de estos preceptos, es decir, el contenido de ambos artículos es prácticamente el mismo pero en las sentencias analizadas se ha comprobado que se utiliza más el primero que el segundo, apareciendo este último, siempre que se cita, junto con el primero.

Estos artículos, como ya se ha explicado en el apartado “Recurso de Casación”, tienen que ir acompañados del precepto legal que se considera infringido. En el caso del amparo de los artículos 5.4 de la LOPJ y el 852 de la LECRIM, el artículo 24 de la Constitución Española es el que en más ocasiones se alega. El mismo establece que todos tenemos derecho a la tutela judicial efectiva de los jueces y tribunales, al juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia letrada, a ser informados de aquello que se nos acusa, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para nuestra defensa, a no declarar contra nosotros mismos, a no confesarnos culpables y a la presunción de inocencia, a excepción de los casos que prevé la ley –que son por razón de parentesco o de secreto profesional– en los que no existe obligación de declarar los hechos

presuntamente delictivos. El principio que más se ha declarado vulnerado de todos los descritos en este artículo es el de la presunción de inocencia (art. 24.2 CE), el cual aparece en la mitad de las sentencias analizadas, concurriendo más en el grupo de las personas condenadas que en el de las personas absueltas. Este derecho también aparece recogido en los convenios internacionales de derechos humanos, en los artículos 11.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948; 6.2 del Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 1950; y 14.2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1996.

Es interesante señalar que en todas las ocasiones donde se ha alegado su vulneración el motivo ha sido rechazado, a excepción de un caso en el que se ha suspendido y archivado provisionalmente la causa.

Los recurrentes que apelan a este principio constitucional basan sus argumentos principalmente en que no ha habido prueba de cargo con entidad suficiente para enervar el derecho a la presunción de inocencia o que no ha existido actividad probatoria y la declaración fáctica es mera opinión personal del Tribunal; también alegan que la prueba testifical y las declaraciones de los coimputados son insuficientes para alcanzar una conclusión condenatoria; y, que el arma utilizada o el lugar de los hechos no presentan huellas, o que simplemente esta primera no se ha encontrado. En definitiva, reclaman que no existen verdaderas pruebas en la participación de los hechos del recurrente y, por lo tanto, se ha infringido el principio *in dubio pro reo*³⁵, establecido, entre otros, en el artículo 24 de la CE –cuando se refiere a “con todas las garantías”– y en el artículo 54.3 de la LOTJ, “si tras la deliberación no les hubiese sido posible resolver las dudas que tuvieran sobre la prueba, deberán decidir en el sentido más favorable al acusado”.

Para el Tribunal Supremo la presunción de inocencia ha de entenderse como el derecho a no ser condenado sin pruebas de cargo válidas y que estas pruebas se refieran a los elementos esenciales del delito. Es decir, que la sentencia condenatoria exprese las pruebas que evidencien la responsabilidad del condenado con respecto al delito que se le imputa, y esto es lo que constituye verdaderos actos de prueba conformes a la ley y a la Constitución, y que generalmente se practican en el acto del juicio oral con todas las garantías constitucionales. También, el derecho a la presunción de inocencia, exige a la

³⁵ Principio jurídico que establece que en caso de duda (p. ej., por insuficiencia de pruebas) se favorecerá al reo. Es decir, toda persona es inocente hasta que se demuestre lo contrario, por lo que en caso de duda acerca de la culpabilidad del procesado, se favorecerá a este.

persona que debe aportar las pruebas, en qué momento y lugar deben practicarse, qué debe entenderse como prueba legal y constitucionalmente válida, que la valoración probatoria sea lógica y basada en la experiencia y que el resultado de la valoración sea motivado (STS 211/2002, de 15 de febrero).

En la Sentencia 1192/2011, de 16 de noviembre, el Tribunal Supremo manifiesta respecto a la garantía constitucional de presunción de inocencia, que el Tribunal Constitucional arguye en su Sentencia 128/2011, de 18 de julio, que: “son los elementos básicos de la garantía constitucional de presunción de inocencia: no ser condenado sin pruebas de cargo válidas, lo que exige una mínima actividad probatoria, realizada con las garantías necesarias, referida a todos los elementos esenciales del delito y que de la misma quepa inferir razonablemente los hechos y la participación del acusado en los mismos”. Asimismo, la Sala Segunda del Tribunal Supremo también ha venido estableciendo esto en numerosas sentencias (SSTS 576/2011, de 25 de mayo; 351/2011, de 6 de mayo; 21/2011, de 26 de enero; 1161/2010, de 30 de diciembre, entre otras).

Para comprobar que la sentencia recurrida cumple la exigencia constitucional y hace legítima la condena del recurrente, atendemos a una serie de referencias:

A) El derecho constitucional de presunción de inocencia implica:

- 1) Que el juzgador, ateniéndose al método legalmente establecido, esté convencido de la imputación de la persona y esto ocurrirá si los medios de prueba son considerados válidos y si el debate se somete a contradicción y publicidad.
- 2) Que el juzgador tenga la certeza de que el resultado de la actividad probatoria es objetivo y no una mera opinión subjetiva de él. La objetividad exige que las conclusiones estén fundadas y vinculadas a la actividad probatoria –no que sean absolutas–, y esta objetividad tiene lugar si se afirma que no hay vacío probatorio porque las pruebas practicadas aportan un contenido incriminador y si la valoración del tribunal de instancia concluye que existe una veracidad objetivamente aceptable y excluye que sea falso. Es decir, que la conclusión sea lógica atendiendo a las proposiciones consideradas correctas.
- 3) Todo esto referido a los elementos objetivos y subjetivos esenciales del delito.
- 4) Por último, se exige que no existan alternativas razonables a la hipótesis que justifica la condena, porque para establecer que la imputación es correcta se requiere que no existan dudas razonables. Es decir, cuando existe una duda objetiva debe primar la

garantía constitucional de presunción de inocencia absolviendo al acusado.

B) Pero cuando no exista duda objetiva sobre la imputación de la persona el juez puede, en base a la lógica y a la experiencia, inferir que han tenido lugar los hechos.

La Sentencia anteriormente citada del Tribunal Constitucional (128/2011, de 18 de julio), así como la 1111/2005, de 29 de septiembre y la 971/2004, de 23 de julio, estas últimas del Tribunal Supremo, han mencionado que cuando no haya prueba directa de cargo, la prueba indiciaria puede sostener una sentencia condenatoria siempre que:

- 1) Estén probados los hechos base o indicios, es decir, que exista actividad probatoria;
- 2) esos hechos probados constituyan el delito cometido, esto es, que esa actividad probatoria se considere como prueba de cargo;
- 3) y para comprobar esa constitución del delito el órgano judicial tiene que exteriorizar los hechos o indicios, explicar el razonamiento lógico entre los hechos y las consecuencias y existir comprensión razonable, es decir, que la prueba de cargo sea suficiente para fundamentar un pronunciamiento condenatorio.

Y termina concluyendo el Tribunal Constitucional que, en el ámbito del amparo constitucional, el derecho a la presunción de inocencia se considera vulnerado cuando “la inferencia sea ilógica o tan abierta que en su seno quepa tal pluralidad de conclusiones alternativas que ninguna de ellas pueda darse por probada”. Es decir, que en estos casos hay que comprobar si la deducción es lógica y coherente y si es suficiente y concluyente, que se considerará ausente en los casos de inferencias excesivamente abiertas, débiles o indeterminadas (STC 117/2007, de 21 de mayo), pues el juicio de inferencia del Tribunal *a quo* sólo puede impugnarse si es contrario a las reglas de la lógica o a las máximas de la experiencia (STS 1081/2007, de 20 de diciembre).

Para entender cuándo la prueba de cargo es adecuada y suficiente, la Sentencia del Tribunal Supremo 1081/2007, de 20 de diciembre, expone que la prueba es adecuada cuando se ha obtenido respetando los principios que desarrollan la actividad probatoria ante los órganos jurisdiccionales, es decir, cuando la prueba se practique en el acto del juicio oral, el cual debe celebrarse con todas las garantías constitucionales y legales establecidas en el ordenamiento jurídico –contradicción, oralidad, inmediación y publicidad– y respetando los derechos fundamentales del inculpado, que son el no declarar contra sí mismo y a no confesarse culpable –art. 24.2 CE– (Montero Aroca et al, 2015). Y es suficiente cuando el contenido de la prueba es incriminatorio. Esto viene diciendo que la prueba practicada en el juicio oral ha de ser idónea y bastante para

enervar la presunción de inocencia.

Aunque hay que recordar, como se ha mencionado anteriormente haciendo alusión a la STS 211/2002, de 15 de febrero, que la prueba *generalmente* se practica en el acto del juicio oral, es decir, que hay ocasiones en las que, por poner un ejemplo, la víctima –testigo directo– que ha sobrevivido por la rápida intervención de los facultativos, relató en el momento en que ocurrieron los hechos al agente de policía que se personó en el lugar –testigo de referencia, pues es una persona ajena a los hechos–, que su hijo fue el que le había atacado. Pero puede ocurrir, y ocurre, que en el juicio oral la víctima se acoja a su derecho a no declarar, manifestando el agente de policía lo que esta le contó en aquel momento. Pues, en este caso, es lógico que una madre o un padre no quiera sentenciar a su propio hijo, por lo que el juzgador tiene que tener esto en cuenta, y más aún si no hay huellas en el arma homicida, lo que no es muy complicado de conseguir. También hay que valorar el estado mental del agresor, la actitud que adopta tras ocurrir los hechos, en definitiva, todo aquello que pueda ser relevante para la correcta resolución del caso.

Es preciso recordar que para que pueda llevarse a cabo la condena no es suficiente la mera existencia de una prueba de cargo (STS 485/2007, de 28 de mayo), pues es necesario que sea objetivamente incriminatoria –certeza de la culpabilidad y participación del acusado al interpretar y valorar los hechos– y que el resultado de la prueba practicada responda a la verdad (Montero Aroca et al, 2015).

Ante cualquier duda razonable con respecto a la prueba, siempre ha de constar un pronunciamiento en favor del reo, en base al principio ya mencionado *in dubio pro reo*. Pero en este caso es el propio Tribunal el que debe manifestar si tiene alguna duda, por lo que si no ha dudado y por ello ha condenado, las partes perjudicadas no pueden recurrir en casación a plantear unas dudas que el órgano judicial no tuvo, pues se considera apreciar la vulneración de dicho principio cuando el tribunal de instancia manifiesta su duda y la resuelve de manera desfavorable para la persona acusada (STS 1111/2005). También lo establece la Sentencia 2107/2001, de 12 de noviembre, donde recoge que el derecho a la presunción de inocencia “sólo puede tener eficacia en casación cuando la propia sala de instancia reconoce dudar en relación a un determinado hecho y, sin embargo, lo considera probado en una alternativa que perjudica al acusado”. Esto es, si existe duda fáctica en el juzgador, y no en alguna de las partes, este tiene que

beneficiar a la persona acusada.

Los juzgados o tribunales tienen la obligación de mencionar la prueba que utilizan para considerar los hechos probados en su resolución condenatoria, que es la base fáctica de sus pronunciamientos, así como la motivación³⁶ en la misma y si no existe hay infracción del derecho a la tutela judicial efectiva y a la presunción de inocencia. El respeto a la presunción de inocencia exige como premisa fundamental tal motivación (STS 1111/2005, de 29 de septiembre).

En la Sentencia 1081/2007 del Tribunal Supremo, de 20 de diciembre, se atiende a las pruebas de cargo referidas a las declaraciones inculcatorias de los coimputados, las cuales, expresa, carecen de consistencia cuando son únicas y no son mínimamente corroboradas por otras pruebas. Este criterio se venía estableciendo por el Tribunal Constitucional desde la Sentencia 153/1997, de 29 de septiembre en adelante, por eso le llevó a afirmar en su Sentencia 115/1998, de 1 de junio, que si no se llega a ese mínimo no se puede hablar de base probatoria suficiente o de una deducción sólida o consistente, el cual se ha reiterado posteriormente en numerosas sentencias (SSTC 68/2002, de 21 de marzo y 70/2002, de 3 de abril, entre otras). Como las personas imputadas están asistidas por los derechos a no confesar contra ellos mismos y a no confesarse culpables (art. 24.2 CE), esto ha propiciado que la declaración inculcatoria de los coimputados se califique como sospechosa cuando es la única prueba de cargo (SSTC 182/2001, de 17 de agosto y 125/2002, de 20 de mayo) pues, como se acaba de decir, no tienen la obligación de decir que han cometido tal o cual delito, por eso se entiende que si lo hacen es probable que pueda ser verdad. Pero no hay que olvidar, como establece la STC 68/2001, de 17 de marzo, que la mera declaración del coimputado no permite por sí sola enervar la presunción de inocencia sino que es necesario que la persona aporte algún dato que corrobore mínimamente su contenido, es decir, que la declaración del coimputado esté avalada por algún hecho, dato o circunstancia que nos permita afirmar que esa declaración ha sido confirmada. Hay que decir que por corroboración no se entiende que dos o más coimputados coincidan en la misma versión inculcatoria (STS 53/2006, de 30 de enero) y que el Tribunal Constitucional establece que para que exista mínima corroboración se exige que el órgano judicial considere probados los hechos

³⁶ “Las sentencias serán siempre motivadas y se pronunciarán en audiencia pública” (art. 123 CE).

punibles relacionados con la participación del recurrente (SSTC 17/2004, de 23 de febrero; 118/2004, de 12 de julio, entre otras). Los elementos corroboradores que se pueden tener en cuenta al revisar la sentencia del tribunal *a quo* son solamente aquellos que hayan sido considerados probados (SSTC 181/2002, de 14 de octubre y 65/2003, de 7 de abril). Por ejemplo, atendiendo a un supuesto donde la persona coimputada relata con sumo detalle todos y cada uno de los actos que se han llevado a cabo por la persona que ha ejecutado el delito, porque esta se lo ha contado, y todos aquellos actos necesarios que se han realizado con posterioridad para evitar el descubrimiento de su autoría, con ayuda de la persona coimputada, además de la declaración de testigos que aseguran el deseo del autor de acabar con la vida de la víctima, más un hecho desencadenante, puede llevar al juzgador a dictar una sentencia condenatoria aunque no se haya encontrado el arma homicida. Por supuesto, no hay que olvidar que hay que analizar todas y cada una de las pruebas que puedan arrojar luz al caso.

En definitiva, para comprobar si ha existido realmente infracción del derecho a la presunción de inocencia por parte del juzgador, hay que atender a tres cuestiones –ya citadas a lo largo del texto–. En primer lugar, que el Tribunal haya dispuesto de material probatorio y lo haya sometido a valoración; en segundo lugar, que ese material exista, sea lícito y válido para acreditar los hechos; y en tercer lugar, que los razonamientos a los que ha llegado son suficientes, lógicos y racionales y justifican esa conclusión (STS 971/2004, de 23 de julio).

Por último, hay que destacar el supuesto que hemos mencionado en el que se ha suspendido y archivado la causa provisionalmente. Pues bien, lo que ha ocurrido en este caso es que el médico forense que le asistió en el momento posterior a la producción de los hechos no apreció que el agresor se encontrara bajo un brote psicótico, pero este sí se produjo entre las 24 y 48 horas posteriores a protagonizar el hecho. En este sentido, se produjo un deterioro progresivo de la capacidad del acusado y esto motivó su declaración de incapacidad en la jurisdicción civil, se le nombró a un tutor y se produjo su internamiento administrativo. Además, el centro donde se encontraba interno manifestó la imposibilidad de esta persona para comparecer en el juicio oral, puesto que no iba a comprender nada de lo que allí ocurriera y, a pesar de esto, se celebró. Y este es el motivo que ha provocado que el Tribunal Supremo haya declarado nulo el juicio oral, la sentencia siguiente y que se haya suspendido y archivado provisionalmente la causa

(art. 383 LCERIM) por vulneración del artículo 24 de la Constitución Española, ya explicado, por infringir concretamente el derecho a la defensa, a un juicio justo y con todas las garantías, es decir, violación de los derechos que le asisten al acusado y de las garantías del procedimiento al celebrar el juicio oral con su presencia e intervención sin disponer de las facultades mínimas para comprender la realidad y el sentido de sus actos. Este Tribunal establece que es necesario un equilibrio entre las partes que intervienen en el proceso penal, lo que implica el ejercicio pleno del derecho de defensa, así “el derecho de asistencia letrada y el derecho a la autodefensa constituyen los pilares básicos sobre los que se asienta un proceso con la debida adecuación de las exigencias constitucionales” (STS 669/2006, de 14 de junio). En este supuesto no ha existido igualdad de armas procesales, lo que ha ocasionado la indefensión del acusado, vulnerando así lo previsto en el artículo 24 de la Constitución Española, que garantiza la tutela judicial efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos y que prohíbe cualquier tipo de indefensión, que es el derecho a la defensa contradictoria de las partes, las cuales tienen la posibilidad de alegar y probar en el proceso sus derechos e intereses por ellos mismos o con la asistencia de su letrado. El Tribunal Constitucional también ha concluido que “la posibilidad de contradicción es por tanto una de las reglas esenciales del desarrollo del proceso (...) sin cuya concurrencia, debemos reiterar la idea del juicio justa es una simple quimera” (STC 143/2001, de 18 de junio) y califica en su Sentencia 198/2003, de 10 de noviembre, “al derecho de defensa, garantía esencial de un proceso justo” (STS 669/2006, de 14 de junio, ya citada).

El derecho a la autodefensa se resume en que la participación del imputado exige su presencia activa y audiencia. El “derecho a la última palabra”, recogido en el artículo 739 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, es la oportunidad procesal penal para corregir cualquier error, alegar datos olvidados, matizar hechos o afirmaciones que se hayan expuesto durante el juicio (STC 65/2003, de 7 de abril y 207/2002, de 11 de noviembre). Y el Tribunal Supremo afirma sobre esta cuestión que la última palabra es precisamente la que mejor expresa y garantiza el derecho de defensa en tanto que resume todo lo que ha ocurrido durante el debate público y contradictorio en el juicio oral.

Por lo expuesto, en los casos en los que el procesado se encuentre en situación de indefensión por carecer de sus facultades mentales y no llegar a comprender por qué se le juzga, el juez tiene que archivar provisionalmente la causa hasta que recobre la salud,

decretando su ingreso donde sea preciso para estos casos de demencia del sujeto (art. 383 CP)

Pronunciamientos en las Sentencias

La pena principal que el Tribunal impone a las personas condenadas por el hecho delictivo cometido es la privación de libertad, consistente en el ingreso en prisión durante el tiempo que se establezca en el Código Penal en base al delito perpetrado. Y a las personas que han sido absueltas se les impone una medida de seguridad, que consiste en el internamiento, en estos casos, en un centro psiquiátrico adecuado para llevar a cabo un tratamiento en base al padecimiento del sujeto.

La responsabilidad civil, que también es una pena o medida principal, se trata de la obligación que tiene el autor de un delito de reparar económicamente los daños y perjuicios causados o derivados de su conducta delictiva, como secuelas, lesiones, etc. La víctima, como se ha dado en alguna ocasión en las sentencias analizadas, donde la madre o el padre del agresor son las víctimas de su propio hijo, puede renunciar a percibir esa responsabilidad civil, siempre que no atente contra el interés u orden público, ni perjudique a terceros. La indemnización por estos perjuicios comprende tanto a los agraviados como a sus familiares o a terceras personas.

En cuanto a las penas accesorias que se han decretado a las personas que pertenecen al grupo de las condenadas, destacamos dentro de las privativas de derechos (art. 39 CP) la inhabilitación absoluta –produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos que tenga, la incapacidad para obtenerlos o cualesquiera otros, así como ser elegido para cargo público, durante el tiempo de la condena (art. 41 CP). Esta inhabilitación tiene una duración de 6 a 20 años (art. 40.1 CP)–, inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo –priva a la persona condenada del derecho a ser elegido para cargos públicos durante el tiempo de la condena (art. 44 CP). Esta inhabilitación tiene una duración de 3 a 20 años (art. 40.1 CP)–. La prohibición de aproximarse a la víctima, a sus hijos, a sus domicilios, lugar de trabajo o donde se encuentren y de comunicarse con ellos por cualquier medio (art. 39 CP), que puede durar desde 1 mes hasta los 10 años (art. 40.3 CP), también se han decretado aunque en menor medida en ambos grupos.

Las costas procesales ocasionadas por la interposición en este caso del recurso de casación, nunca se imponen a las personas que han sido procesadas y han resultado absueltas (art. 240 LECRIM), a diferencia de las que han sido condenadas, que sí cargan con ellas.

A las personas que han sido absueltas y que, por tanto, se les ha impuesto una medida de seguridad –las cuales se decretan en base a la peligrosidad criminal del sujeto, que se exterioriza por el hecho delictivo cometido (art. 6.1 CP)–, de internamiento, el juez o tribunal puede sustituir esa medida por otra más adecuada durante la ejecución de la sentencia, mantener la que se impuso desde el principio, cesarla si desaparece la peligrosidad criminal de la persona o dejarla en suspenso durante un tiempo (art. 97 CP). En la mayoría de las sentencias examinadas el juzgador establece que se realizará un seguimiento de la persona, es decir, controles y revisiones periódicas para comprobar si el tratamiento que recibe es adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que padece (art. 101.1 CP) y si se aprecia mejoría en la misma y, en base a esto, la medida de seguridad pueda ser modificada –por ejemplo, si se ha decretado el internamiento en un centro psiquiátrico en régimen cerrado puede pasarse a régimen abierto si se observa una evolución del sujeto–. La persona considerada peligrosa y, por tanto, sometida a una medida de seguridad impuesta por el juez o tribunal sentenciador no puede abandonar el establecimiento sin autorización del que se la impuso (art. 101.2 CP).

En el caso del grupo de las personas condenadas se ha apreciado que en tres supuestos el órgano judicial ha ordenado en el fallo de la sentencia que, mientras se ejecuta la misma, se recabe informe médico psiquiátrico para conocer el estado actual del acusado en relación con la enfermedad mental que padece para poder acordar una medida de seguridad de internamiento u otra que se estime oportuna. Pero esto puede ocurrir porque, a pesar de que se les ha impuesto una pena privativa de libertad, se les ha aplicado la eximente incompleta de enfermedad mental (art. 104.1 CP). Esto viene diciendo que, a pesar de que se haya decretado el cumplimiento de una pena privativa de libertad, en estos casos el ingreso en prisión, esta puede sustituirse por una medida de seguridad siempre que a la persona en cuestión se le haya aplicado en el fallo de la sentencia una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente incompleta por la enfermedad mental que padece.

Además, tanto en los casos de los condenados como en los de los absueltos, el juez o tribunal abonará el tiempo que estos hayan estado privados de libertad por la causa que se les investiga para el cumplimiento de la pena o de la medida impuesta, es decir, que se les descontará de la pena o de la medida que se les imponga todo el tiempo que hayan estado encerrados (art. 99 CP).

VI. CAPITULO 4. CONCLUSIONES Y DISCUSION

VI.1. Conclusiones y Discusión

La esquizofrenia es un tipo de trastorno psicótico caracterizado por una disociación de las funciones psíquicas que afecta a algunas funciones cerebrales del pensamiento, de las emociones, de la percepción y a la conducta. Es una enfermedad mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres –12 millones– que en mujeres –9 millones–. No es tratada ni considerada hasta el siglo XIX como una enfermedad mental, por lo que las personas que la padecían no estaban amparadas ni por la sociedad ni por ningún sistema de protección. Hoy en día se da un trato más favorable hacia estas personas aunque hay que reconocer que todavía existe cierto estigma hacia ellas, dada la convicción errónea de que son más peligrosas y/o violentas que la población general.

Se reconoce, en el citado siglo, por primera vez que las enfermedades mentales son hereditarias, así como la influencia del ambiente en las mismas, fundamento que hoy en día se mantiene, esto es, que la interacción entre los factores genéticos, el entorno, los hábitos o los acontecimientos estresantes son los que pueden desencadenar trastornos mentales.

Actualmente, se desconocen los motivos por los cuales determinadas personas que presentan factores de riesgo desarrollan la enfermedad y otras no; y por qué sujetos que no los presentan sí la desarrollan. La enfermedad puede aparecer tanto en personas que tienen antecedentes familiares como en aquellas que no los tienen, aunque es más probable en estas primeras.

Los factores que pueden precipitar la aparición del trastorno son el consumo abusivo de sustancias tóxicas o la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Y una vez que haya aparecido, si el paciente no se somete a tratamiento, si lo abandona o si continúa consumiendo sustancias tóxicas, el riesgo de recaídas es mayor. La adhesión al tratamiento es necesaria puesto que, si en estas situaciones existen probabilidades de que aparezcan reactivaciones de la enfermedad, el no someterse a ninguno es bastante probable que afloran los síntomas, o cuando este se abandona. Y en estos casos es donde el riesgo de actuaciones violentas aumenta, sobre todo en los pacientes con esquizofrenia paranoide. Aunque no hay que olvidar que la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia no son violentas.

La patología dual es frecuente en las personas con esquizofrenia, pues suele existir una importante relación entre ellas y el consumo de determinadas drogas. La hipótesis más generalizada que avala esta afirmación es que individuos que presentan la enfermedad, consumen una sustancia por ensayo o error y los efectos que consiguen son placenteros, es decir, se encuentran mejor que tomando la medicación porque con aquella notan mejoría en su cuadro, lo que puede conducir a una adicción. Pero no hay que confundir que el consumo de cocaína, por ejemplo, por sí solo, no provoca la aparición de la esquizofrenia, aunque sí puede desencadenarla en sujetos con predisposición a padecerla, pues existen personas con mayor vulnerabilidad a padecer la enfermedad y el consumo de dicha sustancia la puede despertar. En los casos en los que existe esa vulnerabilidad y no se realiza un consumo abusivo de ninguna sustancia tóxica, la enfermedad puede no brotar y permanecer siempre apagada al no haberse dado las circunstancias adecuadas para que aflore. Lo que sí es cierto es que el consumo agrava y empeora los síntomas de la persona esquizofrénica.

Si atendemos a los conceptos de psicopatía y psicosis, son términos absolutamente diferentes, pues la primera hace referencia a sujetos que presentan conductas desadaptativas, lo que no afecta a su deterioro mental, puesto que no tienen ideas delirantes o alucinaciones, al contrario de lo que sucede en el caso de la psicosis. El psicópata no entiende nuestras emociones, que es el rasgo que le caracteriza –la falta de empatía– y su forma de ser y de comportarse dista mucho con el resto de las personas. Y, la psicosis, es un síndrome que recoge numerosas enfermedades y siempre implica la ruptura del sujeto con la realidad, apareciendo ideas delirantes y/o alucinaciones. Es decir, dependiendo del conjunto de síntomas que padezca una persona se le podrá diagnosticar de un trastorno u otro.

En las personas psicópatas, existe un factor biológico por lo que, el entorno social y el modo de crianza juegan un papel muy importante en el desarrollo de tal personalidad, pues estas pueden tender a desarrollarse de una u otra manera en base a aquellas variables. Las personas psicópatas deben ser tratadas con programas adecuados, puesto que se han llevado a cabo algunos pero no han resultado eficaces, por lo que hay que continuar investigando.

No hay que olvidar que existen diferentes tipos de personalidades psicopáticas, al igual que de trastornos psicóticos, y que cada una de ellas necesita un tratamiento o programa específico para tratar a los individuos que presentan una u otra; además de que existen

personas psicópatas que no llegan a cometer hechos delictivos o que no son violentas y que, por tanto, no van a someterse a programas para tratar esas conductas desadaptativas, a diferencia de aquellos que cometen actos delictivos y son condenados a ingresar en prisión, que sí podrían acceder a ellos.

Si nos adentramos en el ámbito jurídico, desde el primer Código Penal vigente en el estado español –1822–, las personas que se encontraran privadas del uso de la razón por padecer alguna enfermedad que las afectara y cometieran un tipo delictivo no eran culpables ni, por consiguiente, imputables. En el siguiente Código, de 1848, se enumeran las personas exentas de responsabilidad criminal, lo que continúa con pequeñas modificaciones hasta nuestros días.

Atendiendo a las 24 sentencias del Tribunal Supremo analizadas, el total de los delitos cometidos es de 43, de los cuales 28 corresponden a homicidios en sus múltiples formas y el resto (15) pertenecen a otros tipos delictivos.

Los delitos de homicidio en grado de tentativa son los que se han llevado a cabo en mayor medida (13). Entre el resto de los actos delictivos cometidos han resaltado los delitos de lesiones (5).

En total, los casos en los que únicamente se ha cometido un tipo de delito de homicidio han sido 10 y 13 en los que se ha llevado a cabo la comisión de más de un delito. De aquí resultan un total de 23 casos, pues el que falta, la causa ha sido suspendida y archivada provisionalmente, por eso no se ha incluido en los recuentos de los delitos.

Estos resultados nos informan de que en las sentencias del Tribunal Supremo examinadas sobre las personas que padecen esquizofrenia paranoide y cometen un delito de homicidio en cualquiera de sus formas, junto con este, en mayor medida llevan a cabo algún otro de manera simultánea.

El total de las personas condenadas han sido 12 y las absueltas 11. Los delitos cometidos en sendos colectivos son similares, es decir, no sobresale que se hayan llevado a cabo más de un tipo u otro, y en ambos grupos concurren tanto la comisión de uno como la de varios.

El Tribunal ha optado por absolver a estas 11 personas porque en el momento de la comisión de los hechos típicos se encontraban bajo un episodio psicótico causado por la enfermedad, el cual anulaba totalmente sus capacidades cognoscitivas y volitivas,

impidiéndoles comprender lo que hacían y actuar en función a esa comprensión. En estos casos se ha decantado por la aplicación de la eximente completa a la mayoría del grupo (9 de 11). En los 2 restantes, no ha quedado acreditado que se encontrasen con dichas capacidades completamente anuladas, es decir, lo estaban parcialmente, pues aunque sus facultades volitivas no le impedían conocer la ilicitud de su proceder, las intelectivas no le permitían actuar conforme a esa comprensión. Por ello se ha venido aplicando la eximente incompleta.

En la mayoría del grupo de las personas condenadas (7) la Sala ha optado por aplicar la eximente incompleta. Y esto lo ha hecho porque no ha quedado demostrada esa supresión, pero sí se ha apreciado una actuación con las capacidades tanto intelectivas como volitivas moderadamente alteradas, puesto que a pesar de no actuar bajo el brote psicótico, las circunstancias del hecho revelaban un comportamiento anómalo atribuible a esa enfermedad.

La atenuante ha sido aplicada en 3 casos del grupo de las personas condenadas por el residuo patológico que conserva el sujeto que padece la enfermedad. Pero existen 2 supuestos en los que, a pesar de que la persona ha sido diagnosticada de esquizofrenia paranoide, no se le ha aplicado atenuante alguna, pues para apreciar una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal tiene que estar igual de probada que el hecho delictivo mismo.

Es decir, el tribunal atiende a cada caso concreto y lo analiza en base a la información de la que disponga, ya que hay situaciones en las que es muy difícil medir esa anulación total o parcial, por lo que el órgano judicial atiende, además de a los informes emitidos por los facultativos, a otras pruebas que son relevantes para la correcta resolución, como puede ser el propio hecho en sí, la expresión de la mirada de la persona, su actuación posterior, etc.

Es importante recalcar la actuación de los médicos psiquiatras o psicólogos forenses que actúan como peritos e intervienen en estos casos. Resulta indispensable la actuación de los mismos inmediatamente posterior a la comisión de los hechos perpetrados por el sujeto para comprobar su estado mental mediante un informe psiquiátrico que permita conocer si sus facultades se hallaban o no anuladas. Pues existen ocasiones en las que esta actuación se realiza días posteriores, semanas e incluso meses, al día en que ocurrieron los hechos, lo que imposibilita su conocimiento. También puede ocurrir que

este informe se realice pero que no se presente en la fase de instrucción, por desidia del abogado defensor o del órgano judicial encargado del caso, lo que ocasionará que el procedimiento se alargue puesto que lo más probable es que el perjudicado recurra la sentencia por esa falta de pruebas que no debía haberse dado.

Cuando el perito realiza el informe es muy importante que este acuda al acto del juicio oral para defenderlo, explicarlo y ratificarlo, puesto que le ayudará al juez a entender y conocer la situación mental del acusado en aquel momento, y porque si no acude y existe otro informe que apoya lo contrario a ese primero, y este segundo sí acude, el órgano judicial tendrá en mejor consideración este último informe.

En cuanto a los motivos que alegan los recurrentes, tanto los condenados como los absueltos, en la interposición del recurso de amparo son la inaplicación de eximentes de responsabilidad criminal por padecer anomalía o alteración psíquica, o atenuantes (11) – en estos casos, si no se ha apreciado ninguna se solicita que se aplique la atenuante o la eximente incompleta; si se ha apreciado una atenuante se alega que se establezca una eximente incompleta y si se ha aplicado la eximente incompleta se pide la eximente completa–; la indebida aplicación de la circunstancia cualificadora de alevosía del delito de asesinato o de la agravación específica de ensañamiento (10); la inexistencia de ánimo homicida (9); y el derecho a la presunción de inocencia (11).

Hasta la vigencia del Código Penal de 1995, las personas a las que se las declaraba exentas de responsabilidad criminal eran ingresadas en un establecimiento o centro psiquiátrico pero el órgano juzgador no establecía el plazo de internamiento a diferencia de las personas condenadas a una pena de prisión ,ya que para estas sí había obligación de fijar una duración. Afortunadamente esa situación cambió con la entrada en vigor del actual texto penal.

Atendiendo a los sujetos a los que se les decreta en la sentencia el cumplimiento de una medida de seguridad privativa de libertad en base a la peligrosidad que presentan, hay que tener en consideración que, aunque el tratamiento al que estén sometidos no haya terminado, no haya tenido éxito o permanezca la peligrosidad de la persona, los individuos son libres una vez cumplido el plazo de duración de internamiento. Y lo mismo ocurre con las personas que ingresan en prisión por un delito cometido y que, tras realizar un tratamiento, se valora al sujeto a la salida de la misma comprobando si

hay posibilidad o no de reincidencia. Es decir, el problema se da en ambos casos, por lo que habría que preguntarse si los tratamientos o los programas diseñados para el trato de cada grupo de personas es adecuado, si se ajusta al tiempo que pueden permanecer ingresados, o si hay motivación para someterse a ellos, puesto que es la mejor herramienta que existe. Es de vital importancia que la persona sea consciente y acepte que padece una enfermedad, que se puede tratar y llevar a cabo una vida con total normalidad, siguiendo las pautas que establecen los profesionales para el trastorno en cuestión.

Es muy importante recibir apoyo familiar, institucional y social porque aunque muchas personas consideren que existen determinados problemas que solamente afectan a un grupo de individuos no es así, ya que los problemas de una sociedad afectan a toda la sociedad en general.

VII. CAPITULO 5. REREFENCIAS BIBLIOGRAFICAS. ANEXOS

VII.1. Referencias Bibliográficas

- AL FAWAL PORTAL, M. (2013). *Circunstancias Modificativas de la Responsabilidad Criminal y Enfermedad Mental*. Barcelona: JM BOSCH
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing
- BASSI FOLLARI, J.E. (2016). *La escritura académica: 30 errores habituales y cómo abordarlos*, 18 (1), pp. 119-142.
- CABALLERO MORENO, A.J. (2011). *Emil Kraepelin. Su Papel en la Construcción de la Psiquiatría Moderna*. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph13211.html>
- CARRASCO GOMEZ, J.J. & MAZA MARTIN, J.M. (2010). Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. En Carrasco Gómez, J.J. (4ª ed.), *Tratado de Psiquiatría Legal y Forense* (pp. 1414-1419). Madrid: @LA LEY.
- Constitución Española, 1978. BOE, Madrid, de 29 de Diciembre de 1978.
- ESTRADA, F. (2010). Entrevista con Robert Hare: los psicópatas. Recuperado de <http://psicopatia-narcisismo.blogspot.com.es/2010/04/entrevista-con-robert-hare-los.html>
- GARCIA BASTERRECHEA, J.M. (2009). *La Droga Puede Hacer Aflorar una Esquizofrenia, Pero en sí Misma no la Provoca*. Recuperado de <http://www.laverdad.es/murcia/20090222/region/droga-puede-hacer-aflorar-20090222.html>
- GARRIDO GENOVES, V. (2002). *El Tratamiento del Psicópata*. (14), pp. 181-189.
- GARRIDO GENOVES, V. (2008). Vicente Garrido: “*El 2% de la población es un psicópata puro*”. Recuperado de <http://blogs.periodistadigital.com/debatespd.php/2008/10/16/psicopatas-vicente-garrido-politica-cris-3454>
- Ley de 8 de junio de 1822, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 9 de julio de 1822.
- Ley de 17 de junio de 1870, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 24 de junio de 1870.
- Ley de 19 de marzo de 1848, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 1 de julio

de 1848.

- Ley de 27 de octubre de 1932, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 5 de noviembre de 1932.
- Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. BOE, Madrid, de 2 de julio de 1985.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, Madrid, de 24 de noviembre de 1995.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE, Madrid, de 8 de enero de 2000.
- MONTERO AROCA, J., GOMEZ COLOMER, J. L., BARONA VILAR, S., ESPARZA LEIBAR I. & ETXEBERRIA GURIDI, J. F. (2015). Los recursos (II). En Montero Aroca, J. (23), *Derecho Jurisdiccional III. Proceso penal* (pp. 480-499). Valencia: Tirant lo Blanch.
- MUIÑO, A. (2012). Historia de la Esquizofrenia. Recuperado de <http://informaticaenf.blogspot.com.es/2012/11/historia-de-la-esquizofrenia.html>
- National Institute of Mental Health (2015). Esquizofrenia. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia/index.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- ORTEGA GRAN, I. (2015). Delincuentes con Trastorno Esquizofrénico: ¿Mayores Probabilidades de Delinquir? Universidad de Alicante. Alicante.
- PLAZA, F. (2005). Psicópatas. Robert Hare, Hervey Cleckley y Vicente Garrido. Recuperado de <http://www.arturosoria.com/autoayuda/art/psicopatas.asp>
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. GACETA, Madrid, de 17 de septiembre de 1882.
- SALGADO, P. (2014). *¿Qué ocurre durante un brote psicótico?* Recuperado de <https://www.personasque.es/esquizofrenia/salud/diagnostico/brote-psicotico-1974>
- SAPIÑA LOPEZ, T. (2015). PCL-R (escala de verificación de psicopatía). Recuperado de <http://crimina.es/crimipedia/topics/pcl-r-escala-de-verificacion-de-psicopatia/>
- TORRUBIA BELTRI, R. & CUQUERELLA FUENTES, A. (2008). *Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense*. Revista española de medicina legal, 34 (1), pp. 25-35.
- VAZQUEZ MEZQUITA, B. (2005). Trastornos Mentales y Responsabilidad. En

Vázquez Mezquita, B. (1ª de.), *Manual de Psicología Forense* (pp. 219-222). Valencia: Síntesis.

Listado de Sentencias Repertorio Jurisprudencial Consejo General del Poder Judicial:

STS 1 de abril de 2005 (RJ 2005/452)
STS 1 de abril de 2009 (RJ 2009/303)
STS 2 de noviembre de 2010 (RJ 2010/1019)
STS 5 de noviembre de 2014 (RJ 2014/730)
STS 7 de marzo de 2010 (RJ 2010/254)
STS 12 de noviembre de 2001 (RJ 2001/2107)
STS 12 de septiembre de 2003 (RJ 2003/ 1176)
STS 13 de julio de 2005 (RJ 2005/996)
STS 14 de junio de 2006 (RJ 2006/669)
STS 15 de febrero de 2002 (RJ 2002/211)
STS 16 de marzo de 2009 (RJ 2009/258)
STS 16 de noviembre de 2011 (RJ 2011/1192)
STS 17 de junio de 2016 (RJ 2016/535)
STS 21 de diciembre de 2010 (RJ 2010/1142)
STS 23 de julio de 2004 (RJ 2004/971)
STS 24 de abril de 2007 (RJ 2007/345)
STS 27 de mayo de 2003 (RJ 2003/781)
STS 28 de junio de 2002 (RJ 2002/1217)
STS 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005/1111)
STS 30 de marzo de 2011 (RJ 2011/211)

Listado de Sentencias Repertorio Jurisprudencial vLex:

STS 18 de mayo de 2011 (RJ 2011/450)
STS 20 de diciembre de 2007 (RJ 2007/1081)
STS 29 de junio de 2000 (RJ 2000/494)
STS 31 de enero de 2006 (RJ 2006/63)

Otras fuentes de documentación:

- <http://galefod.blogspot.com.es/2013/08/el-psicopata.html>
- <http://iabogado.com/guia-legal/ante-la-justicia-penal/la-responsabilidad-civil-derivada-del-delito>
- <http://www.centroadiccionesbarcelona.com/patologias/esquizofrenia-y-otras-psicosis/>
- <http://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia>
- <http://www.grupodoctoroliveros.com/psicosis-esquizofrenia-psicopatia-paranoia-similitudes-diferencias>
- <http://www.mjjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano/empleo-publico/acceso-convocatorias-perfiles/secretarios-judiciales>
- <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>
- <http://psicopsi.com/Biografia-Kraepelin-Emil-1856-1926.asp>
- <http://psicologia.laguia2000.com/psicopatologia/la-esquizofrenia#ixzz4ar1YYLIH>
- <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/>
- <https://www.psyciencia.com/2014/28/diferencias-entre-la-esquizofrenia-y-la-psicosis/>
- <https://es.slideshare.net/alinslide/breve-historia-de-la-locura-6382435>
- <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-de-esquizofrenia#!>
- <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2009/11/03/los-enfermos-mentales-en-la-edad-media/>
- <https://www.psyciencia.com/2014/28/diferencias-entre-la-esquizofrenia-y-la-psicosis/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=owa1MpDcxmc>

VII.2. Anexos

Figura 1: Características de la psicopatía según las perspectivas subclínica (Cleckley, 1976) y jurídico forense (Hare, 1991).

Psicópata subclínico (Hervey Milton Cleckley, 1976)	Psicópata criminal (Robert Douglas Hare, 1991, 2003)
1. Encanto superficial y notable inteligencia.	1. Locuacidad y encanto superficial.
2. Ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional.	2. Sentido de autovaloración grandilocuente.
3. Ausencia de nerviosismo y/o de manifestaciones psiconeuróticas.	3. Necesidad de estimulación y propensión al aburrimiento.
4. Indigno de confianza.	4. Mentira patológica.
5. Falsedad o insinceridad.	5. Estafador-engañador y manipulador.
6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza.	6. Ausencia de remordimientos y de sentimientos de culpabilidad.
7. Conducta antisocial sin aparente justificación.	7. Afecto superficial.
8. Falta de juicio y dificultades para aprender de la experiencia.	8. Insensibilidad, crueldad y falta de empatía.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.	9. Estilo de vida parásito.
10. Pobres reacciones afectivas.	10. Pobre control de la conducta.
11. Pérdida específica de intuición.	11. Conducta sexual promiscua.
12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales ordinarias.	12. Problemas de conducta en la infancia.
13. Conducta exagerada y desagradable bajo el consumo de alcohol y, a veces, sin él.	13. Incapacidad para establecer metas realistas a largo plazo y aprender de la experiencia.
14. Amenazas de suicidio constantes, pero raramente consumadas.	14. Impulsividad.
15. Vida sexual impersonal, frívola y poco estable.	15. Irresponsabilidad.
16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.	16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos.
	17. Relaciones maritales frecuentes y breves.
	18. Delincuencia juvenil.
	19. Revocación de libertad condicional.
	20. Versatilidad criminal/delictiva.

Figura 1: Milton Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*.
Douglas Hare, R. (2003). *Sin conciencia: el inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*.

Figura 3: Tabla comparativa de los trastornos psicóticos recogidos en la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-4* y los agrupados en el DSM-5.

DSM-IV	DSM-5
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizofreniforme - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno psicótico compartido - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Trastorno psicótico no especificado 	Incluye, en un gradiente de psicopatología: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno esquizotípico de la personalidad (aunque la descripción completa se ubica en "Trastornos de la personalidad") - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno esquizofreniforme - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Catatonía (criterios para el especificador, aunque hay de 3 tipos: asociado a otro trastorno mental / debido a enfermedad médica/ inespecífica) - Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicos. - Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no especificados.

Figura 3: Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.