



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Zuzenbide Fakultatea
Facultad de Derecho

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN CRIMINOLOGÍA

CURSO ACADÉMICO 2021 - 2022

**IMPLICACIONES JURÍDICO - FORENSES DEL
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
Y ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Trabajo realizado por Jael Arza Gastón

Dirigido por Iban Onandia Hinchado

Resumen

La relación entre los trastornos mentales y la delincuencia violenta ha sido fruto de innumerables investigaciones y se ha concluido que si bien es no cierto que la mayoría de los pacientes psiquiátricos sean violentos, existen diversas psicopatologías que guardan cierta relación con la conducta violenta, entre ellas destacan el trastorno antisocial de la personalidad y la esquizofrenia paranoide. Por ello, el objeto principal de este trabajo es analizar y comparar la relación de estos trastornos con la delincuencia y con la responsabilidad penal atribuida a las personas diagnosticadas de estos trastornos y que han cometido un acto delictivo. Para llevar a cabo el estudio empírico se han revisado un conjunto de sentencias dictadas en los años 2020 y 2021 por las Audiencias Provinciales españolas. A partir de esta revisión se ha extraído información acerca de los argumentos aportados por el órgano juzgador a la hora de pronunciarse sobre el grado de imputabilidad que corresponde a cada sujeto. Además, se han identificado otros factores de riesgo que pueden haber influido en la comisión de los delitos como pueden ser la comorbilidad con otros trastornos, el consumo de sustancias tóxicas o la falta de tratamiento por parte de estos individuos, así como el delito cometido y sus circunstancias.

Palabras clave: *Trastorno antisocial de la personalidad. Esquizofrenia paranoide. Delincuencia. Responsabilidad penal. Imputabilidad.*

Abstract

The relationship between mental disorders and violent crime has been the result of countless investigations and it has been concluded that although it is not true that the majority of psychiatric patients are violent, there are some psychopathologies that are related to violent behavior, among antisocial personality disorder and paranoid schizophrenia stand out. Therefore, the main objective of this work is to analyze and compare the relationship between these disorders and delinquency and with the criminal responsibility attributed to people diagnosed with these disorders and who have committed a crime. To carry out the empirical study, a set of sentences issued in the years 2020 and 2021 by the Spanish Provincial Courts have been reviewed. From this review, information has been extracted about the arguments provided by the judge when it comes to ruling on the degree of imputability that corresponds to each subject. In addition, other risk factors have been identified that may have influenced the commission of the crimes, such as comorbidity with other disorders, the consumption of toxic substances or the lack of treatment by these individuals, as well as the crime committed and their circumstances.

Key words: *Antisocial personality disorder. Paranoid schizophrenia. Delinquency. Criminal responsibility. Imputability*

ÍNDICE

PARTE I. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN
2. TRASTORNOS MENTALES Y DELINCUENCIA VIOLENTA
 - 2.1. Conceptualización
 - 2.2. Violencia
 - 2.2.1. Factores de riesgo
 - 2.3. Relación entre la violencia y los trastornos mentales
 - 2.3.1. Estigma o realidad
 - 2.3.2. Principales trastornos mentales relacionados con la delincuencia violenta
 - 2.3.3. Diferencias entre trastorno de personalidad y trastornos mentales
3. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
 - 3.1. Introducción a los trastornos de la personalidad
 - 3.2. Trastorno antisocial de la personalidad
 - 3.2.1. Definición
 - 3.2.2. Criterios diagnósticos
 - 3.2.3. Características asociadas al TAP
 - 3.2.4. Aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del Trastorno Antisocial de la Personalidad
 - 3.2.5. Prevalencia del TAP
 - 3.2.6. Etiología del TAP
 - 3.2.7. Curso, evolución y tratamiento
 - 3.2.8. Interés forense
 - 3.2.9. Tipología delictiva
 - 3.2.10. Trastornos asociados
 - 3.2.11. Diferencias entre la Psicopatía y el Trastorno antisocial de la personalidad
 - 3.2.12. Limitaciones del estudio del Trastorno Antisocial de la Personalidad

4. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
 - 4.1. Introducción
 - 4.2. Definición de esquizofrenia
 - 4.2.1. Criterios diagnósticos DSM-V
 - 4.2.2. Fases de la esquizofrenia
 - 4.2.3. Subtipos de esquizofrenia
 - 4.3. Esquizofrenia paranoide
 - 4.3.1. Definición y características
 - 4.3.2. Prevalencia de la esquizofrenia paranoide
 - 4.3.3. Curso, evolución y tratamiento
 - 4.3.4. Etiología de la esquizofrenia paranoide
 - 4.3.5. Interés forense de la esquizofrenia paranoide
 - 4.3.6. Tipología delictiva
 - 4.3.7. Comorbilidad de la esquizofrenia paranoide
 - 4.3.8. Limitaciones en el estudio de la esquizofrenia paranoide
5. TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL
 - 5.1. Introducción
 - 5.2. Concepto de imputabilidad
 - 5.2.1. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal
 - 5.3. Perspectiva psicológica de la imputabilidad
 - 5.3.1. Capacidades cognitivas y volitivas
 - 5.3.2. Aspectos a tener en cuenta en la valoración de la imputabilidad
 - 5.4. Psicopatología e imputabilidad
 - 5.4.1. Causas de inimputabilidad
 - 5.4.1.1. Anomalía o alteración psíquica
 - 5.4.2. Imputabilidad del trastorno antisocial de la personalidad
 - 5.4.3. Imputabilidad de la esquizofrenia paranoide

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

6. ESTUDIO EMPÍRICO RETROSPECTIVO
 - 6.1. Objetivos de la Investigación
 - 6.2. Método y Procedimiento
 - 6.3. Resultados obtenidos
 - 6.3.1. Resultados del trastorno antisocial de la personalidad

- 6.3.2. Resultados de la esquizofrenia paranoide
- 6.4. Análisis de los resultados entre el trastorno antisocial de la personalidad y la esquizofrenia paranoide
- 6.5. Discusión

PARTE III. CONCLUSIONES

- 7. CONCLUSIONES GENERALES
- 8. REFERENCIAS
- 9. INFORME EJECUTIVO
- 10. ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

- Figura 1.** Porcentaje de las principales tipologías delictivas en el año 2019 en España
- Figura 2.** Aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del TAP
- Figura 3.** Factores que contribuyen al desarrollo del TAP
- Figura 4.** Fases en las carreras criminales
- Figura 5.** Dominios afectados por las personas con espectro esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Figura 6.** Prevalencia por sexo de los condenados con trastorno antisocial de la personalidad
- Figura 7.** Antecedentes penales de los individuos diagnosticados con TAP
- Figura 8.** Tipo de relación entre el autor (con TAP) y la víctima
- Figura 9.** Tipología delictiva de los sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad
- Figura 10.** Tipología delictiva de los sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad
- Figura 11.** Modo de ejecutar los hechos por parte de los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad
- Figura 12.** Prevalencia del nº de trastornos padecidos por los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad
- Figura 13.** Tratamiento de los sujetos con TAP
- Figura 14.** Circunstancias modificativas de la responsabilidad que han sido aplicadas
- Figura 15.** Circunstancias agravantes aplicadas
- Figura 16.** Circunstancias atenuantes aplicadas a los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad
- Figura 17.** Sexo de los autores con esquizofrenia paranoide

- Figura 18.** Prevalencia de antecedentes penales en los autores con esquizofrenia paranoide
- Figura 19.** Sujetos con antecedentes penales con esquizofrenia paranoide
- Figura 20.** Relación entre la víctima y el autor que padece esquizofrenia paranoide
- Figura 21.** Tipología de los delitos cometidos por los autores con esquizofrenia paranoide
- Figura 22.** Tipología de los delitos cometidos por los autores con esquizofrenia paranoide
- Figura 23.** Modo de ejecución de los hechos por parte de los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 24.** Comorbilidad presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 25.** Tipo de problema con el consumo de los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 26.** Prevalencia del tratamiento presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 27.** Prevalencia del tratamiento presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 28.** Fallo aplicado por el tribunal a los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 29.** Medidas de seguridad aplicadas a los sujetos inimputables con esquizofrenia paranoide
- Figura 30.** Medidas de seguridad aplicadas a los sujetos imputables con esquizofrenia paranoide
- Figura 31.** Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal aplicadas
- Figura 32.** Reparto de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal en los sujetos imputables con esquizofrenia paranoide
- Figura 33.** Frecuencia de las circunstancias agravantes de la responsabilidad criminal aplicadas
- Figura 34.** Frecuencia de las circunstancias atenuantes de la pena aplicadas a los sujetos con esquizofrenia paranoide
- Figura 35.** Trastorno mental del autor
- Figura 36.** Prevalencia de sujetos con TAP y EP con comorbilidad con otros trastornos
- Figura 37.** Tipo de fallo en las sentencias analizadas

TABLAS

Tabla 1. Sentencias encontradas (1 enero 2020 - 31 diciembre 2021)

Tabla 2. Comorbilidad de los sujetos con TAP y cuantos sujetos

Tabla 3. N° de sujetos que presentan comorbilidad con otros trastornos y la tipología

Tabla 4. Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos que presentaron los sujetos con TAP

Tabla 5. Frecuencia de la comorbilidad con cada trastorno

Tabla 6. Edad media del autor según su trastorno

Tabla 7. N° de sujetos que presentan comorbilidad con otros trastornos y la tipología

Tabla 8. Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos que presentaron los sujetos según su trastorno

Tabla 9. Tipología y delitos según el trastorno padecido

Tabla 10. Niveles de responsabilidad penal según el trastorno padecido por el sujeto

LISTADO DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

APA	American Psychiatric Association o Asociación Americana de Psiquiatría
AP	Antecedentes penales
ART.	Artículo
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud de la OMS
CP	Código Penal
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA
EP	Esquizofrenia paranoide
INT	Internamiento
LO	Ley Orgánica
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
RP	Responsabilidad penal
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia
TAP	Trastorno Antisocial de la Personalidad
TP	Trastorno o Trastornos de la Personalidad

PARTE I. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

Con regularidad se ha considerado que la conducta delictiva es una expresión o reflejo de la psicopatología del delincuente (González, 2011). De esta forma, los trastornos mentales siempre han sido percibidos como fuente de conflicto y violencia, visión que se ve reforzada cuando los medios de comunicación ponen el foco sobre los casos más mediáticos (Stuart, 2003). En estos casos, la sociedad es incapaz de comprender cómo un sujeto que no padece un trastorno mental de relevancia clínica tiene la capacidad de cometer actos crueles y violentos, lo que lleva a la gente a pensar que solo un enfermo mental es capaz de cometer un crimen atroz (Fuentes, 2012).

Si bien es cierto que el padecimiento de un trastorno mental puede resultar un riesgo para la violencia o para las conductas delictivas (Echeburúa, 2018), esta cuestión depende de muchos otros factores, por lo que no se puede afirmar que siempre sea consecuencia de la misma (Romero y de Dios, 2019). Sin embargo, algunas personas con trastornos mentales se verán con más frecuencia involucradas en actos delictivos que otras; los estudios han demostrado estas psicopatologías son la discapacidad intelectual, la demencia, la depresión, los trastornos disruptivos, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la personalidad y el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Echeburúa, 2018). En este sentido, la revisión realizada por Pintado (2019) concluyó que la esquizofrenia paranoide y los trastornos de la personalidad son los que predominan entre la población psiquiátrica implicada en la delincuencia. Por lo que respecta a los trastornos de la personalidad, otra revisión realizada por Mulero (2020) sobre los Trastornos de Personalidad más enjuiciados destacó los sujetos pertenecientes al Clúster B, concretamente el Trastorno Antisocial de la Personalidad. De ambas revisiones es posible concluir que los trastornos más presentes en el ámbito judicial son la esquizofrenia paranoide y el trastorno antisocial de la personalidad. Por ello, en este trabajo me voy a centrar en analizar ambos y sus implicaciones jurídico-forenses.

El presente trabajo académico tiene por objeto el análisis del encuentro entre el ámbito médico y jurídico, centrándome en la repercusión de dos alteraciones psíquicas distintas en la ejecución de actos delictivos y en la responsabilidad criminal del autor.

En el caso concreto de la esquizofrenia, la errónea interpretación del entorno que esta provoca en el sujeto que la padece puede llevar a la persona a reaccionar de manera

desproporcionada y violenta ante determinadas situaciones (Arbach y Pueyo, 2007). En cambio, los trastornos de personalidad del clúster B, se identifican más con la agresividad, ira e impulsividad, factores que aumentan la probabilidad de violencia (Mulero, 2020). Ambos trastornos afectan de manera distinta al sujeto diagnosticado y por lo tanto, el impacto en la responsabilidad criminal será distinto.

Para el análisis, se han revisado 76 sentencias dictadas por las Audiencias Provinciales españolas en los años 2020 y 2021. A partir de estas sentencias, se van a conocer los argumentos aportados por el órgano juzgador a la hora de pronunciarse sobre el grado de imputabilidad que corresponde a estos sujetos y se identificarán las diferencias en la delictología y en la repercusión penal de ambos.

2. TRASTORNOS MENTALES Y DELINCUENCIA VIOLENTA

2.1. Conceptualización

Considero que antes de profundizar en el estudio de las conductas y delincuencia violenta, es necesario definir los conceptos de agresividad, violencia y delincuencia ya que pueden inducir a la confusión si no se aclaran previamente (Echeburúa, 1998). En primer lugar, la agresividad es la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. Se trata de una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de las que disponen los seres humanos. Esta respuesta está arraigada en la estructura psicobiológica del organismo y se encuentra enlazada con la evolución filogenética de la especie (Echeburúa, 1994).

La violencia se caracteriza por ser específicamente humana y desprende un gran peligro constituyendo actualmente un problema de salud pública que se distribuye de forma irregular en el mundo. Se trata de una agresividad descontrolada sin el perfil adaptativo, es decir, con ella no se obtiene un beneficio para la supervivencia y tiene un carácter destructivo. La violencia es una cadena de conductas intencionales que tienden a causar daño a otros seres humanos. Puede expresarse de diferentes maneras a nivel físico, sexual o emocional (Echeburúa, 2018).

La violencia se asienta en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva. Las bases biológicas de la agresividad radican en el córtex prefrontal, que es un mecanismo de seguridad y de control que desempeña una función moduladora, y en el sistema límbico (Echeburúa, 2018). Por ello, una lesión en el córtex prefrontal puede llevar a una persona a

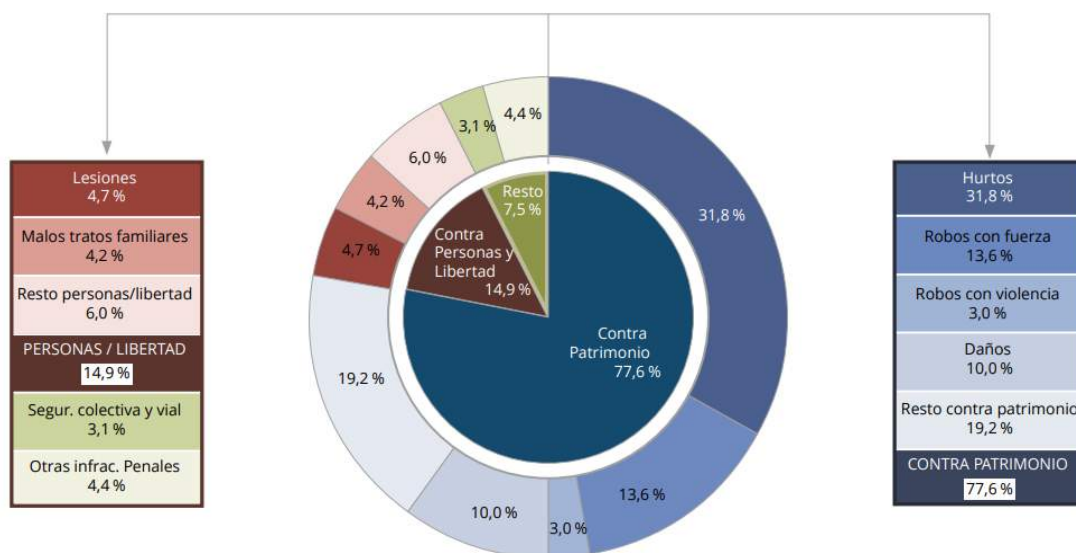
convertirse en un ser antisocial, impulsivo o violento. Este daño puede ser producido por diversas circunstancias como complicaciones en el parto, maltrato en la infancia, trastornos mentales severos, tumores o traumatismos craneales. Asimismo, el alcohol y las drogas debilitan el control del córtex cerebral sobre el sistema límbico (Sanmartín, 2010).

Por otro lado, la delincuencia es la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado, y que están representados en el ordenamiento jurídico. Esta puede ir o no acompañada de conductas violentas. Es decir, no todos los delincuentes son violentos, como en el caso de la delincuencia de cuello blanco o el narcotráfico, ni todos los sujetos violentos son delincuentes (Echeburúa, 1998). La delincuencia violenta según Hollin, (1989) implicará aquellos comportamientos peligrosos y lesivos que están prohibidos por la ley.

Sin embargo, a pesar de que la delincuencia violenta sea un tema que preocupa a la sociedad, España es el segundo país de la Unión Europea con el índice de criminalidad más bajo (San Juan y Vozmediano, 2018). En cuanto a las tipologías delictivas predominantes en nuestro país, los datos facilitados por el Ministerio del Interior en el año 2019 sitúa los delitos contra el patrimonio como los perpetrados con mayor frecuencia en un 77,6%.

Figura 1

Porcentaje de las principales tipologías delictivas en el año 2019 en España.



Nota. Adaptado de Anuario estadístico del ministerio del interior 2019 (p.167), por Ministerio del Interior, 2019.

Aunque el delito violento constituye una menor parte de las tipologías delictivas si atendemos a la figura 1, el interés por su estudio y prevención es alto ya que es indudable que los delitos violentos generan unas consecuencias más graves para sus víctimas (Echeburúa et al., 2004). Además, este suele estar condicionado por los efectos del alcohol, las drogas y las enfermedades mentales y presenta una combinación compleja de antecedentes (emocionales, cognitivos y situacionales) ya que suele darse entre personas conocidas o con relaciones habituales (Andrés-Pueyo, 2008).

A pesar del estudio e interés que suscita este tema, no existe definición alguna sobre "personalidad violenta", como entidad aislada en ningún manual de clasificación de trastornos mentales, si bien la conducta violenta y su predicción es el objeto de muchas periciales solicitadas a los psicólogos que trabajan para los Tribunales de Justicia en España (Vázquez, 2005). Cabe tener en cuenta que lo que cada cultura define como "violencia" es variable, por tanto también el concepto de lo que consideramos "personalidad violenta" cambiará. También dentro de una misma cultura, el concepto individual de lo que es conducta violenta puede variar en función de determinados modelos aprendidos (Vázquez, 2005).

2.2. Violencia

A pesar de la inquietud social que suscita la violencia, es un fenómeno poco frecuente, pero que cuenta con una gran visibilidad social. La violencia, además de tener un origen complejo y multicausal, se exterioriza de una forma heterogénea respecto a las distintas manifestaciones (física, sexual, psicológica), los diversos perfiles de los agresores (jóvenes, adultos), los diferentes tipos de víctimas (niños, mujeres, ancianos) y la variada clase de relación existente entre la víctima y el agresor (inexistente, cercana o íntima) (Echeburúa, 2018).

2.2.1. Factores de riesgo

Debido al interés, preocupación e impacto de estas conductas para la sociedad, se han estudiado los factores que suponen un riesgo de realizar conductas violentas o delictivas. Hare (2000) distingue cinco tipos de factores que afectan al surgimiento de la violencia: a) biológicos (alteraciones neurológicas, trastornos endocrinológicos e intoxicaciones por alcohol o drogas); b) psicopatológicos (trastornos de personalidad, psicosis, discapacidad intelectual o pérdida de control de los impulsos); c) psicológicos (relaciones interpersonales o de pareja tensas o percepción de amenaza grave); d) familiares (maltrato físico, modelos

parentales violentos o ausentes o desarraigo familiar), y e) sociales (exposición a modelos o subculturas violentos o a situaciones de crisis social profunda). Se considera que estos factores actúan conjuntamente.

Cabe destacar que según Echeburúa (2018) el mayor predictor de violencia es abusar del alcohol o de las drogas, contar con armas y tener problemas psicopatológicos, como psicopatía, esquizofrenia o trastorno delirante, sobre todo cuando no hay o se ha abandonado un tratamiento médico o psicológico, y el haber desarrollado conductas violentas anteriores recientemente (Echeburúa, 2018). Esto es, que una vez que ha surgido el primer episodio de violencia, la probabilidad de nuevos episodios puede aumentar considerablemente (Rodríguez et al., 2012).

Si bien no hay factores determinantes, ni unas raíces comunes en todas las personas violentas, los daños cerebrales, los trastornos mentales y las alteraciones del aprendizaje, junto con la desorganización familiar y el tipo de amigos antisociales, pueden interferir negativamente en la capacidad de autocontrol y favorecer las conductas violentas (Echeburúa, 2018).

Además del padecimiento de un trastorno mental, también será un factor de riesgo para conductas violentas, el fenómeno del etiquetaje como delincuente, que es un proceso de influencia social y estigmatización sobre la figura del delincuente (Tiffon, 2008). El etiquetamiento de una persona como desviado, delincuente en este caso, inicia los mecanismos de la “profecía autorrealizable” (self-fulfilling prophecy), con lo cual deben esperarse modos ulteriores de comportamiento que son o serán definidos, a su vez, como desviados. Las carreras desviadas se iniciarán luego de una reducción definitiva de las posibilidades de conducta conformista a causa de la presencia de expectativas no conformistas (Becker, 1963).

2.3. Relación entre la violencia y los trastornos mentales

2.3.1. Estigma o realidad

Del fenómeno del etiquetaje como delincuente a los sujetos que padecen un trastorno mental, son en parte responsables los medios de comunicación debido a su gran capacidad de difusión de los hechos y delitos ocurridos y a su vez produciendo un gran impacto en la sociedad por la intensa fascinación que siempre ha ejercido la violencia sobre el ser humano (Pinker, 2012; Rojas, 1995). Autores como McGuire (2004) consideran que dichos medios presentan de forma sensacionalista los sucesos en los que enfermos mentales cometen actos violentos

contribuyendo de esta forma al estigma y el etiquetado de estos sujetos. Cuando los hechos criminales son presentados por los medios de comunicación, la sociedad se pregunta el motivo de dichos actos, buscando confirmar que algunas personas pueden cometer acciones criminales debido a un problema mental que los convierte en monstruos (Echeburúa, 2018). Este fenómeno se denomina hipótesis psicopatológica y está basado en la creencia popular de que la mayor parte de la criminalidad es protagonizada por enfermos mentales. Se trata del recurso más utilizado por la sociedad para comprender conductas desviadas (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018).

El problema es que en ocasiones, personas aparentemente normales o que no están condicionadas por un problema mental de relevancia clínica, pueden cometer actos violentos (San Juan y Vozmediano, 2018) ya que estudios recientes han demostrado que la creencia de que el delito está íntimamente unido a los trastornos mentales es errónea (Pintado, 2019) y que se abusa con frecuencia de la aplicación de diagnósticos psiquiátricos a personas que no son otra cosa que delincuentes o individuos con una carga destructiva desproporcionada (Echeburúa, 1998). En conclusión, pese a la gran alarma social suscitada, la revisión realizada, junto al análisis de la relación entre violencia y trastornos mentales por Echeburúa y Loinaz (2011) no permite afirmar que las personas con trastornos mentales, como norma, sean violentas en general o supongan un mayor riesgo de conducta violenta y, a su vez, los sucesos violentos que ocurren en nuestra sociedad los cometen mayoritariamente personas sin trastorno mental (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007). De hecho, como ha señalado Hannah Arendt (1999) en relación con la banalidad del mal, los perpetradores de las más crueles atrocidades son al mismo tiempo capaces de albergar sentimientos parecidos a los que conmueven a las víctimas. Detrás de la maldad como factor explicativo de las conductas abyectas hay muchas veces seres humanos normales y corrientes (Echeburúa, 2018). Para finalizar, cabe destacar que los pacientes con trastornos mentales corren mayor riesgo de implicarse en situaciones violentas en las que es más frecuente que ejerzan el papel de víctima que el de agresor (Echeburúa y Loinaz, 2011).

Como ya se ha mencionado, la agresividad viene predeterminada desde nuestro nacimiento como una respuesta adaptativa tratándose de una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Sin embargo, cuando la interpretación del entorno es defectuosa, todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada, con miedo o violencia extrema (Niehoff, 1999), siendo este el caso de algunos trastornos mentales (Echeburúa y Loinaz, 2011).

2.3.2. Principales trastornos mentales relacionados con la delincuencia violenta

Si bien no es cierto que la mayoría de los pacientes psiquiátricos sean violentos, existen diversas psicopatologías que guardan una cierta relación con la conducta violenta. A pesar de esto, el hecho de que un trastorno mental constituya un factor de riesgo delictivo no significa necesariamente que la persona que lo padezca vaya a ejecutar actos delictivos o violentos, sino que existe un mayor riesgo de que desarrolle este tipo de conductas (Pintado, 2019). Además, no todos los diagnósticos se encuentran vinculados de la misma forma a la conducta violenta, pudiendo incidir múltiples factores en la aparición de la misma (Esbec, 2003). Los estudios han demostrado que las psicopatologías que con mayor frecuencia pueden verse involucradas en comportamientos violentos son la discapacidad intelectual, la demencia, la depresión, los trastornos disruptivos, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la personalidad y el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Echeburúa, 2018).

Siendo estos los trastornos mentales más propensos a desarrollar conductas violentas en los sujetos que los padecen, de la revisión realizada por Pintado (2019) se concluyó que entre dichos diagnósticos, la esquizofrenia paranoide y los trastornos de la personalidad son los que predominan entre la población psiquiátrica implicada en la delincuencia. Otra revisión realizada por Mulero (2020) sobre los Trastornos de Personalidad más enjuiciados destacó los sujetos pertenecientes al Clúster B, concretamente el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Por ello, en este trabajo me voy a centrar en analizar la esquizofrenia paranoide y el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y sus implicaciones jurídico-forenses.

2.3.3. Diferencias entre trastorno de personalidad y trastornos mentales

Antes de pasar a describir TAP y esquizofrenia paranoide se va a realizar una distinción entre los trastornos de personalidad y los trastornos mentales, ya que a pesar de que ambos son psicopatologías, tienen varias diferencias. En palabras de Echeburúa, (1998), las dimensiones de personalidad normales son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el mundo y con uno mismo y se manifiestan en un amplio abanico de situaciones cotidianas. Por el contrario, los trastornos de personalidad se corresponden con pautas inflexibles y no adaptativas que conducen a limitaciones graves en el ámbito social, laboral... y a un aumento en el malestar subjetivo (Avia, 1989). Las dificultades de adaptación social son probablemente las más características de este tipo de trastornos (Echeburúa, 1998).

Se trata, por tanto, de pautas de conducta crónicas, nocivas y desadaptadas, que se manifiestan de forma rígida e impiden el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas. Sin embargo, en ocasiones es complicado establecer con nitidez la frontera entre las personalidades normales y las anómalas, ya que se distinguen en cuestión de grado más que en aspectos cualitativos (Frances y Widiger, 1986).

Hay tres características que diferencian a las personalidades normales de los trastornos de personalidad (Millon, 1981, 1990):

- a) La capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente.
- b) La posibilidad de ajustarse de una manera eficiente y flexible al medio social.
- c) La capacidad de conseguir las metas propias, con el subsiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

Los trastornos de personalidad aparecen en personas que razonan bien y que cuentan con el resto de trastornos mentales se diferencian básicamente en cuatro aspectos (Vazquez et al., 1990):

- a) Los trastornos de personalidad son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en una situación determinada.
- b) Reflejan alteraciones más globales de la persona y menos circunscritas a unos síntomas concretos.
- c) Son egosintónicos, es decir, no molestos subjetivamente, al menos en la misma medida en que lo son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales.
- d) Son, por todo ello, menos «cambiables».

3. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad (TP) se caracterizan por la presencia de rasgos anómalos de personalidad. Los TP suponen graves desajustes en las relaciones sociales, teniendo repercusiones negativas tanto para quienes los padecen como para su entorno. Aunque los sujetos afectados mantengan íntegras sus facultades cognitivas y volitivas al tiempo de cometer un determinado hecho delictivo, puede ocurrir que no sepan ponerlas en marcha de forma efectiva debido a su impulsividad e inestabilidad emocional, a su falta de empatía e incapacidad para adaptarse a las normas. Debido a que las áreas del psiquismo que pueden verse afectadas son muy variadas, resulta difícil establecer una regla general sobre las

repercusiones que estos trastornos tienen en la imputabilidad de los sujetos que los padecen. Por esta razón, se requiere una valoración individualizada a efectos de determinar la capacidad de cada sujeto para suprimir sus conductas anómalas. En cualquier caso, estos trastornos únicamente son susceptibles de modificar la responsabilidad cuando alteran la libertad del sujeto y se hallan directamente vinculados al delito cometido. Como regla general, los trastornos de la personalidad suelen dar lugar a la aplicación de la atenuante analógica, siendo excepcional su tratamiento como eximente incompleta que se limita a casos de extrema gravedad o cuando existe comorbilidad con otros trastornos mentales como la toxicomanía o la discapacidad intelectual (Echeburúa, 2018; San Juan y Vozmediano, 2018).

3.1. Introducción a los trastornos de la personalidad

Según el DSM-V (2013), que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, utilizado por médicos e investigadores para diagnosticar y clasificar enfermedades mentales, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible que es estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro (APA, 2013). Dicho trastorno tiene un impacto negativo en las personas afectadas, en sus seres queridos y en la sociedad (Holzer & Vaughn, 2017).

Cuando un sujeto presenta unos rasgos de personalidad con patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno, inflexibles y desadaptativos que provocan un deterioro funcional significativo, se considera que constituyen un trastorno (Vázquez, 2005).

Para entender los trastornos de personalidad es importante distinguirlos de los estilos de personalidad. Estos últimos marcan la manera de ser y estar de la persona, influyen en la forma en que esta se relaciona con su entorno y son intrínsecos al proceso de crecimiento y maduración personal. Los estilos de personalidad no son patológicos a diferencia de los trastornos de personalidad puesto que permiten a la persona ajustar su comportamiento en función de las exigencias cambiantes de los distintos contextos (Caballo et al., 2009). Millon y Davis (2006) consideran que ambos conceptos (trastornos y estilos) forman parte del mismo continuo, encontrándose los estilos de personalidad dentro de los rangos de la normalidad y siendo los trastornos los casos que salen de esta (extremos patológicos).

Sin embargo, a pesar de tratarse de una alteración psicopatológica, generalmente un sujeto con un trastorno de la personalidad, sin tener la comorbilidad con otros trastornos, no padece déficits cognitivos ni trastornos de la percepción o del pensamiento. Por ello, se debe tener en cuenta la dificultad de realizar intervenciones con sujetos con estos trastornos ya que muchas veces tienen conciencia y responsabilidad sobre sus actos y, aun así realizan conductas delictivas (Echeburúa, 2018).

La identificación de una personalidad anómala depende siempre de la conducta social y, por ello, los criterios para hacerlo son básicamente el resultado de hábitos y convenciones sociales (Avia, 1989). En relación a esta idea, nos encontramos con la teoría de Millon (1998) que supuso un importante avance en el estudio de los trastornos de la personalidad. Dentro de este modelo la “normalidad” y la “patología” se entienden como conceptos relativos situados dentro de un continuo, no como categorías categoriales discretas. Atendiendo a Millon, la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo y se diferencian en la capacidad de adaptación al medio. Las personalidades con trastornos evidencian déficit en su adaptación a su entorno, muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. De este modo, se entiende por “personalidad normal” los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales, mientras que los trastornos de la personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual. (González, 2011).

El Dr. Richard Kalish (1978) define la normalidad como “la persona que conoce la diferencia entre lo real y lo que no es, que no utiliza mecanismos de defensa en exceso, que es capaz de desempeñarse satisfactoriamente fuera de una institución y cuya conducta cotidiana no está dominada por acciones excesivamente rígidas o dañosas”. El término “mecanismos de defensa” hay que entenderlo como las conductas que nos alejan de la realidad o de la responsabilidad para aceptar consecuencias.

En general, los trastornos de la personalidad afectan la cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), la afectividad (la intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), la actividad interpersonal y control de los impulsos (Hikal, 2009).

Atendiendo al DSM-V, existen 11 categorías diagnósticas dentro de los trastornos de la personalidad. A pesar de los síntomas que tienen en común estos trastornos, es decir, rigidez

cognitiva, fragilidad emocional y maneras de actuar disfuncionales, existen importantes diferencias entre los distintos clústers que integran el epígrafe de “Trastornos de Personalidad”. Atendiendo a similitudes descriptivas (APA, 2014) y a las áreas que pueden verse dañadas, estos trastornos se agrupan de la siguiente manera (Aguilar, 2017):

- Grupo A. Formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos que padecen estas psicopatologías se caracterizan por su extrañeza, extravagancia, desconfianza y excentricidad.
- Grupo B. Formado por los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Se trata de sujetos inmaduros e imprevisibles que presentan problemas interpersonales y labilidad emocional.
- Grupo C. Formado por los trastornos de evitación, por dependencia y obsesivo compulsivo de la personalidad. En estos sujetos son rasgos característicos la temeridad, inhibición, ansiedad y miedo.

Además, cuando un sujeto presenta varios trastornos de la personalidad (del mismo o distinto clúster), hablamos de un trastorno mixto de la personalidad. Recibirá el nombre de trastorno de personalidad no especificado cuando a pesar de que un sujeto presente características de varios trastornos de la personalidad, no llegue a cumplir los criterios específicos de ninguno o que se considere que padece un trastorno que no está incluido en la clasificación (Vázquez, 2005).

Los trastornos de la personalidad representan un riesgo clínico significativo para las conductas violentas (Echeburúa, 2018). En una investigación llevada a cabo desde la Universidad de Jaén (Cano et al., 2008) se analizaron todas las sentencias del Tribunal Supremo emitidas desde la entrada en vigor del Código Penal de 1995 hasta marzo de 2006 (N = 1783 sentencias). Tras el análisis descriptivo efectuado por las investigadoras, observaron que el grupo más frecuente de alteraciones psicológicas entre los acusados son los trastornos relacionados con sustancias (60,81%), y en segundo lugar los trastornos de la personalidad (11,72%).

Es indudable que existe una abundante investigación sobre la relación entre los trastornos de la personalidad y la delincuencia, pero sin duda en lo que más interés y consenso ha habido es en la relación entre trastornos de la personalidad del cluster B y la conducta delictiva (González, 2011). En una investigación llevada a cabo en Reino Unido por Coid y sus colaboradores en el año 2006, comprobaron que las personas con TP del cluster B,

comparadas con aquellas que no los tenían, tenían diez veces más probabilidades de tener condenas penales y al menos ocho veces más probabilidad de pasar algún tiempo en prisión (Coid et al., 2006). De hecho, algunos autores han llegado a afirmar que es previsible la conducta delictiva en este grupo de trastornos de la personalidad (González, 2011). Así, Johnson et al., (2000) afirmaron que la presencia en la adolescencia de incipientes trastornos de personalidad del cluster B, indistintamente de si el individuo es varón o mujer, tenía una clara relación con la implicación en conductas violentas en años posteriores.

El grupo B es de los clústers de personalidad el que está más asociado con la conducta delictiva en general y la violenta en particular. Además, los sujetos de este grupo son los que más presentan abuso de alcohol/drogas, que es un factor asociado a conductas violentas (Echeburúa, 2018).

En definitiva, el diagnóstico de trastorno de la personalidad en un sujeto puede ser un factor de riesgo de violencia, pero se debe ser consciente de que la mayoría de las personas con alteraciones de la personalidad no son violentas, de que muchas personalidades anómalas son más bien víctimas que personas violentas y de que un trastorno de la personalidad no explica por sí solo la conducta violenta (Esbec, 2013).

3.2. Trastorno antisocial de la personalidad

3.2.1. Definición

El trastorno de personalidad antisocial (TAP) es definido por Mayo Clinic (2018) como un trastorno en el cual “una persona no demuestra discernimiento entre el bien y el mal e ignora los derechos y sentimientos de los demás”. Mientras que según Rosenblum (2011) es una condición psiquiátrica que causa un patrón de manipulación y violación de derechos de las personas. Las personas con este trastorno no siguen las normas de la sociedad y con frecuencia rompen la ley. Suelen ser indiferentes a los sentimientos y al dolor ajenos, y muestran un patrón profundo de falta de remordimientos junto con decisiones irresponsables (Aravena et al., 2021).

Este es el tipo de trastorno de personalidad que mayor interés jurídico y forense provoca (Fernández 1994), aunque según Ortiz y Ladrón de Guevara (1998), sería un error identificar criminalidad con TAP o TAP con conducta agresiva. Respecto a este último punto, la investigación llevada a cabo por Warren y South (2009) a partir de una muestra de 261

mujeres presas concluyó que si bien las mujeres con TAP eran impulsivas, mentirosas e irresponsables, no eran necesariamente agresivas.

3.2.2. Criterios diagnósticos

Los criterios que recoge el DSM-V para su diagnóstico son los siguientes (APA, 2014):

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 - 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
 - 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 - 4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 - 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 - 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 - 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

En términos generales puede decirse que la actual definición de TAP está formada por tres ítems que pueden considerarse como propios de la personalidad en su sentido más estricto: 1) engaño; 2) impulsividad y 3) ausencia de remordimientos; así como también cuatro ítems que pertenecen a la conducta: 1) actos repetidos que llevan al arresto de la persona; 2) imprudencia y descuido respecto a la seguridad de otras personas; 3) fracaso para mantener el trabajo y las obligaciones económicas, y 4) agresividad (con frecuentes luchas y peleas)

(González, 2011). La diferencia entre los ítems que presente cada sujeto puede ser importante respecto a la predicción de la violencia de este trastorno (Stone, 2007).

Para que se pueda establecer el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, el sujeto debe tener al menos dieciocho años y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los quince años, persistiendo el comportamiento antisocial hasta la edad adulta (APA, 2002, Kaplan y Sadock, 1998; Vallejo, 2001). Los rasgos de personalidad antisocial sólo constituyen un trastorno antisocial de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo (APA, 2002).

3.2.3. Características asociadas al TAP

La característica esencial del TAP es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta (Kaplan y Sadock, 1998; Vallejo, 2001), habiendo sido este patrón también denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad (APA, 2002). El TAP tiende a caracterizarse por un patrón de comportamiento desconsiderado, explotador y socialmente irresponsable, como lo indican el fracaso para adaptarse a las normas sociales, la falsedad, la irritabilidad y la agresividad, despreocupación por la seguridad propia o de los demás e incapacidad para conservar un trabajo o cumplir sus obligaciones financieras (González, 2011). Además, los individuos que se incluyen en este patrón pueden presentar también ausencia de remordimientos (Caballo, 2004), aunque no necesariamente si se atiende a los criterios diagnósticos (Mulero, 2020). Las conductas que llevan a cabo estos sujetos suelen ser catalogadas de incomprensibles para el resto de la sociedad, entre las que se puede encontrar el canibalismo o el asesinato sin motivaciones aparentes, así como el descuido de los hijos o robos con la única finalidad de obtener diversión (López y Núñez, 2008).

Estudios afirman que el TAP se presenta de manera distinta en adultos jóvenes y adultos mayores (Holzer & Vaughn, 2017). Estos últimos se involucran en comportamientos menos agresivos presentando un aumento de quejas psicósomáticas y depresivas junto con adicciones y comportamientos pasivo agresivos (Van Alphen et al., 2012). Además, son más propensos al engaño y la mentira que a la falta de conformidad con las normas de comportamiento en contraposición con los jóvenes diagnosticados con el mismo trastorno (Balsis et al., 2007). Los resultados de los estudios sugieren que a medida que las personas

con TAP envejecen, pueden presentar síntomas más característicos del trastorno de personalidad narcisista, incluyendo el uso de manipulación en lugar de comportamientos agresivos (Lawton et al., 2011; Van den Broeck et al., 2013).

El patrón de comportamiento antisocial es uno de los trastornos de la personalidad más problemáticos de todos y puede tener rasgos de personalidad de tipo límite, histriónico y narcisista (Millon, 2004; Vázquez, 2005); por ejemplo, la desconfianza y suspicacia del paranoide; el aislamiento e indiferencia del esquizoide; el cambio de parejas frecuentemente así como el dependiente o el límite, el egocentrismo y la falta de empatía del narcisista o del histriónico, entre otros (Hikal, 2009).

3.2.4. Aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del Trastorno Antisocial de la Personalidad

Retomando las características propias del TAP, y a partir del trabajo realizado por Caballo (2004), los individuos con TAP pueden presentar los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales que aparecen en la figura 2.

Figura 2

Aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del TAP

<p>Aspectos conductuales característicos del TAP</p>	<p>Tienen un comportamiento agresivo, temerario, precipitado y espontáneo</p> <p>Mantienen conductas impulsivas dirigidas hacia un objetivo</p> <p>Se muestran arrogantes de forma continuada</p> <p>Su conducta aparente puede ser encantadora</p> <p>No mantienen las promesas ni los comportamientos de honor</p> <p>No suelen decir la verdad ni se puede confiar en ellos</p> <p>Estimulan la compasión de los demás diciéndoles lo que quieren escuchar</p> <p>Discuten con facilidad</p> <p>No son cooperativos y provocan peleas</p> <p>Son vengativos y beligerantes con quienes consideran sus enemigos</p> <p>Desarrollan comportamientos fraudulentos o ilegales, como si las normas de conducta no se aplicasen a ellos</p> <p>No se inhiben ante un peligro</p> <p>Buscan sensaciones nuevas continuamente</p>
--	--

	<p>Tienen una conducta oposicionista que dificulta las relaciones interpersonales de larga duración</p> <p>Reaccionan mal ante las derrotas</p> <p>Se muestran resistentes a la autoridad.</p>
Aspectos cognitivos característicos del TAP	<p>Presentan patrones cognitivos rígidos e inflexibles</p> <p>No son capaces de hacer planes a largo plazo</p> <p>No suelen temer al castigo</p> <p>Son incapaces de aprender de las consecuencias negativas de sus acciones</p> <p>Falta de consideración por los derechos de los demás</p> <p>Gran confianza en sí mismos y desconfianza en los demás, a los que consideran equivocados</p> <p>Creencias que carecen de valores éticos o morales</p> <p>Ven a las demás personas como objetos de los que se puede usar y abusar</p> <p>Desprecio por las normas sociales</p> <p>Ausencia de empatía y de remordimientos cuando utilizan a los demás</p> <p>Baja tolerancia a la frustración</p> <p>Vulnerables al aburrimiento</p> <p>Incapaces de demorar el refuerzo</p> <p>Carencia de introspección</p> <p>Poseen pocos sentimientos de lealtad interpersonal</p> <p>Perciben el medio externo como hostil y amenazante</p> <p>Permanecen vigilantes la mayor parte del tiempo</p> <p>Suspicious ante la compasión y el altruismo de los demás</p> <p>Necesidad de controlar el ambiente</p>
Aspectos emocionales característicos del TAP	<p>Impulsividad, intranquilidad, irritabilidad, ira, hostilidad</p> <p>Ausencia de sentimientos de cordialidad e intimidad</p> <p>Emocionalmente vacíos, fríos</p> <p>Frustrados ante la pérdida de control del ambiente</p> <p>Humor irascible</p> <p>Hostilidad y agresividad fácilmente activadas</p>

Nota. Adaptado de *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*, por V. E., Caballo, 2004, Madrid: Editorial Síntesis

3.2.5. Prevalencia del TAP

La mayoría de los estudios informan que la prevalencia del TAP está entre el 2% y el 3% en la población general (Moran 1999; Coid et al., 2006; NICE 2015). Una revisión sistemática y un metanálisis de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población adulta general en los países occidentales encontró una tasa de prevalencia del TAP del 3% (Volkert 2018). Es más probable que se diagnostique el TAP (y otros diagnósticos de trastornos de la personalidad) en poblaciones blancas (McGilloway 2010).

La prevalencia más alta del trastorno de la personalidad antisocial (superior al 70 %) se encuentra entre la mayoría de las muestras de varones con trastorno por consumo de alcohol grave y en las muestras extraídas de las clínicas de tratamiento de abuso de sustancias, de los centros penitenciarios o del ámbito forense. La prevalencia es mayor en las muestras afectadas por factores como la adversidad socioeconómica (esto es, la pobreza) o la sociocultural (esto es, la emigración) (APA, 2014).

Si cogiéramos la población penitenciaria como referencia, los estudios informan que la prevalencia de TAP con los criterios del DSM-IV varían entre un 70% y un 100% (Folino, 2003). Por otro lado, se considera que la prevalencia del TAP es más frecuente en hombres que en mujeres, siendo del 3% en varones y del 1% en mujeres. (Caballo et al. 2011). También se ha sugerido que existen diferencias de sexo en la forma en que se puede presentar esta afección, ya que las mujeres con TAP son menos propensas que los hombres con TAP a presentar un comportamiento antisocial violento (Alegria 2013).

3.2.6. Etiología del TAP

Según Vázquez et al. (2010), los factores que contribuyen al desarrollo del TAP son los que se mencionan en la Figura 3.

Figura 3

Factores que contribuyen al desarrollo del TAP

Factores parentales	La educación rígida y punitiva caracterizada por la grave agresión física o verbal, está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal
---------------------	--

	<p>adaptativos.</p> <p>Patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde la severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.</p> <p>Condiciones caóticas en el hogar.</p> <p>El divorcio, donde exista una hostilidad persistente, sobre todo si existe resentimiento y amargura entre los padres.</p> <p>El abuso, maltrato infantil y negligencia.</p> <p>Alcoholismo y abuso de sustancias.</p> <p>Trastornos psiquiátricos.</p>
Factores socioculturales	<p>Sufrir privaciones económicas.</p> <p>Vivir en zonas urbanas marginadas y que además exista consumo de drogas.</p> <p>Desempleo de los padres.</p> <p>Falta de una red de apoyo social.</p> <p>Falta de participación en las actividades de la comunidad (pueden ser deportivas).</p>
Factores psicológicos	<p>Los niños criados en condiciones caóticas y negligentes suelen ser malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar progresivamente la tolerancia a la frustración, necesaria para las relaciones maduras.</p>
Factores neuropsicológicos	<p>Exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener dificultades en el funcionamiento del lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.</p> <p>Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de “carácter difícil” (por ejemplo, baja tolerancia a la frustración, inadaptabilidad al cambio, inestabilidad emocional) tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.</p>

Nota. Adaptado de *Manual de Psicología Forense*, por M. Vazquez, 2005, Valencia: Síntesis.

Aunque se desconoce la etiología precisa, se ha descubierto que tanto los factores genéticos como los ambientales desempeñan un papel en el desarrollo del TAP. Varios estudios realizados en el pasado han mostrado diferentes estimaciones acerca de la heredabilidad, que van desde el 38% al 69%. Los factores ambientales que se correlacionan con el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial incluyen experiencias infantiles adversas (abuso físico y sexual, así como negligencia) junto con psicopatología infantil (Trastorno de conducta y

TDAH) (DeLisi et al., 2019). Además, la investigación ha enfatizado la importancia de un gen que contribuye al TAP y la interacción de genes con el medio ambiente (Fragkaki et al., 2019).

3.2.7. Curso, evolución y tratamiento

El trastorno antisocial de la personalidad (TAP) no puede ser diagnosticado antes de los 18 años y tiene un curso crónico. Sin embargo, es posible que se torne menos evidente o remita con la edad, sobre todo hacia la cuarta década de la vida. Esta remisión tiende a ser particularmente evidente en lo que respecta a la implicación en actos delictivos, sin embargo, es probable que los otros rasgos del espectro de los comportamientos antisociales y del consumo de sustancias se mantengan (APA, 2014). No obstante, hay un debate existente acerca de que la menor prevalencia de TAP personas mayores puede deberse a problemas con la validez de los criterios de diagnósticos (Holzier, 2017).

Los primeros síntomas de este trastorno suelen aparecer en la niñez e interfieren con el rendimiento educativo por lo que también dificultan la profesionalización ulterior. Por ello, se trata de un trastorno muy incapacitante. Después de los 30 años, la conducta antisocial más flagrante puede disminuir, sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas y la delincuencia. Si bien pueden madurar con el paso de los años, son objeto de tantas complicaciones biográficas (manicomios, encarcelamiento, aislamiento familiar y social, etc.) que no se puede hablar de la normalización de su personalidad en la vida adulta (Valdés, 1991).

Por lo que respecta al curso del trastorno, Black et al., (1996) encontraron que los hombres con TAP menores de 40 años tenían una tasa de muerte prematura sorprendentemente alta y tenían 33 veces más probabilidades de morir que los hombres de la misma edad sin esta condición. Este aumento de la mortalidad se relacionó no solo con una mayor tasa de suicidio, sino también con comportamientos imprudentes como el uso indebido de drogas y la agresión. Un estudio de seguimiento de 27 años también halló que el TAP es un fuerte predictor de mortalidad por todas las causas (Krasnova et al., 2019). También se ha señalado que una edad de inicio más temprana se vincula con peores resultados a largo plazo, aunque el matrimonio, el empleo, el encarcelamiento temprano y el grado de socialización pueden actuar como factores moderadores (Black, 2015).

Por lo que respecta a las probabilidades de reincidencia, Davies et al., (2007) y Coid et al., (2015) realizaron estudios años después de recibir el alta en unidades de seguridad media y

llegaron a la conclusión de que los sujetos con TAP tenían más probabilidades de delinquir de nuevo, incluso con tasas de condena mayores, en comparación con los pacientes de esquizofrenia.

Respecto al tratamiento, debemos tener en cuenta que los sujetos con trastornos de la personalidad tienen un carácter egosintónico y no cuentan con insight sobre sus sesgos adaptativos. Esto dificulta el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado. Además, el problema se agrava cuando estos trastornos se asocian a otras patologías psiquiátricas porque van a condicionar un curso tórpido y un mal pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronificación (Esbec y Echeburúa, 2010). La intervención psicológica sobre este trastorno en las instituciones penitenciarias es efectiva para mejorar el clima de las prisiones, pero tiene un alcance insignificante cuando el sujeto sale de la prisión (Echeburúa y Corral, 1992). Por ello, las estrategias de prevención en la infancia adquieren un papel especialmente importante. La prevención primaria del trastorno antisocial de la personalidad debe realizarse por medio de una escolarización eficaz (Echeburúa, 1991; Wessler, 1993). A pesar del transcurso de los años, estudios más recientes han demostrado que ninguna intervención con individuos con TAP mostró un evidente cambio en el comportamiento antisocial. Cabe destacar, que este mismo estudio ha mencionado la necesidad de que se desarrollen más estudios rigurosos para generar más datos que guíen el desarrollo y la aplicación de intervenciones psicológicas para el TAP (Gibbon et al., 2020). No obstante, este mismo estudio puso de relieve que la terapia de Manejo de contingencias + Mantenimiento estándar (tratamiento habitual) y la terapia de esquemas puede mejorar ligeramente la funcionalidad social. Por su parte, la terapia dialéctica conductual también ha mostrado eficacia en la reducción del número de días de autolesión de los pacientes (Gibbon et al., 2020). Además, estudios han demostrado que la psicoterapia ayuda a inculcar un código ético y a controlar las conductas. También enseña capacidades sociales (Singh, 2022).

3.2.8. Interés forense

Su interés forense se da por la materialización de comportamientos del estilo siguiente (Tiffon, 2008):

1. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta capacidad de empatía, lo que da lugar a frecuentes conflictos en sus relaciones interpersonales.
2. Persistente irresponsabilidad y desprecio de las normas, reglas y obligaciones sociales

3. Muy baja tolerancia hacia la frustración, con un bajo umbral para las descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.
4. Impulsividad, conducta temeraria, trifulcas, peleas, robos y agresiones.
5. Actos sexuales.
6. Uso y abuso de sustancias

3.2.9. Tipología delictiva

Según la revisión de sentencias realizada por Díaz de Liaño (2021), los trastornos del clúster B, fueron los que más presencia tienen en la muestra de los tres grupos, encontrándose tipologías delictivas más variadas que los del clúster A. La mayor parte de los delitos son delitos contra las personas, entre estos homicidios, asesinatos y lesiones, seguidos de delitos contra el patrimonio, como pueden ser delitos de robo o de daños, en menor medida aparecen también delitos contra la indemnidad e integridad sexual, delitos económicos (estafa) y delitos contra la Salud Pública entre otros. Concretamente dentro del trastorno antisocial de la personalidad predominan los delitos de asesinato y robo, tratándose en caso de los últimos, siempre de robo con intimidación. El 100% de la muestra estaba compuesta por hombres y la mayoría cometieron los delitos en solitario.

En un estudio realizado por González (2007), observó que entre los delitos que habían cometido sujetos diagnosticados de TAP, el 50% de los delitos eran contra víctimas desconocidas y en caso de ser víctimas conocidas, el 25% de los casos no existían estrecha relaciones afectivas, sino únicamente de vecindad.

Por otro lado, otro trabajo realizado por la misma autora (González, 2011) se destacó que en los sujetos con este diagnóstico es más frecuente tener antecedentes penales.

Con respecto al modo de llevar a cabo la comisión del delito, el mismo estudio (González, 2011) concluyó que había un mayor porcentaje de sujetos con TAP que delinquen en solitario y que los sujetos con TAP no necesitan a nadie para llevar a cabo las acciones delictivas que realizan con el único fin de sacar algún provecho para sí mismos.

Finalmente, por lo que respecta a la edad de los individuos diagnosticados con TAP que delinquen, el estudio realizado por González (2011), en que se concluyó que la mayoría de casos con trastorno antisocial de la personalidad se encuentran dentro de la categoría de criminal precoz entremezclándose con la categoría avanzada (Figura 4).

Figura 4

Fases en las carreras criminales

Precriminal (de los 10 a los 18 años)	Sobre todo molestias y faltas Rara vez especializada Hurto, allanamiento de morada, robo de vehículos Usualmente con otros adolescentes Búsqueda de emociones La mayoría desiste del crimen
Criminal Precoz (18 años-principios de los 20/final de los 30 años)	Disminución progresiva del número de individuos que delinquen Un subgrupo progresa hacia carreras criminales Los delitos disminuyen en número, pero aumentan en gravedad; aparición de delitos con violencia Dinero para drogas, bienes materiales Asociaciones de criminales, encarcelamiento, posición en el mundo del crimen
Avanzada (final de los 20 años/principio de los 40)	Menor proporción de abandonos durante esta fase Escalada del estilo de vida criminal
Criminal maduro/ "quemado" (a partir de los 40 años)	Mayor proporción de abandono de la vida criminal Cambios en los valores y las motivaciones Muchos permanecen en los límites del crimen y se muestran irresponsables ¿Madurez o agotamiento?

Nota. Adaptado de *Tratado de los trastornos de la personalidad*, pp. 581-608, por J. Coid, 2007, Barcelona: Masson.

Por lo que respecta a la criminalidad, se han encontrado correlaciones negativas significativas entre la estabilidad laboral y el apego marital y el crimen (Sampson & Laub, 1995).

Desde una perspectiva psicológica evolutiva, Kanazawa y Still (2000) teorizan que los delitos ocurren después de la pubertad como resultado de que los hombres compiten por los recursos reproductivos de las mujeres y el declive de la criminalidad ocurre cuando las consecuencias del crimen potencialmente podría dañar a sus hijos.

También se sabe que picos de fuerza muscular en la edad adulta joven (20-29 años de edad), permanece estable, y luego disminuye significativamente en la vejez (60 años y mayores) (Larsson et al., 1979), que también pueden contribuir a una disminución de los delitos agresivos con la edad (Holzer & Vaughn, 2017)

3.2.10. Comorbilidad del Trastorno Antisocial de la Personalidad

La comorbilidad es un factor primordial a tener en cuenta en la realización de un diagnóstico de TAP. Es poco común que el TAP se presente de forma aislada, ya que sus expresiones sintomáticas casi siempre se encuentran asociadas a otros trastornos (Martín, 2016).

Estudios estadísticos señalan que los trastornos de conducta se relacionarían en un 42% al consumo de drogas, en un 21% de los trastornos depresivos, y 25% de los psicóticos (Muñoz y Amores, 2011). Además, pueden presentar trastornos de ansiedad, trastorno de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de impulsos. Otros estudios han resaltado que los individuos con hiperactividad tenían un riesgo 4 veces mayor de ser diagnosticados con TAP (Black, 2019; Crowe, 1974).

La comorbilidad entre el TAP y las conductas adictivas es muy frecuente y se han realizado muchos estudios al respecto (Hernández et al. 2000; Grella et al., 2003; Rutherford et al., 1999; Fridell et al., 2008). En comparación con los que no tienen TAP, los que tienen el trastorno tienen 15 veces más probabilidades de cumplir los criterios de drogodependencia y siete veces más probabilidades de cumplir los criterios de dependencia del alcohol (Trull et al., 2010). Guy et al. (2018) informaron que el 77 % de las personas con TPA cumplieron con los criterios de por vida para el trastorno por consumo de alcohol. Sin embargo, no es posible establecer si el abuso de sustancias tendría como consecuencia directa la conducta antisocial, o si ambos comportamientos se presentan en una relación de contingencia (Martín, 2016).

Además pueden mostrar otros rasgos suficientes para cumplir criterios diagnósticos de otros trastornos de la personalidad; entre los que con más frecuencia se encuentran los trastornos límite, histriónico y narcisista (González, 2011).

3.2.11. Diferencias entre la Psicopatía y el Trastorno antisocial de la personalidad

Como he dicho anteriormente, el patrón de comportamiento que presentan las personas con TAP también se ha denominado como psicopatía (APA, 2002). A pesar de ello, el concepto de psicopatía suscita un importante debate en torno a su definición y concreción. Como regla general, los tribunales españoles relacionan el concepto de psicopatía con el trastorno antisocial de la personalidad y con el trastorno narcisista de la personalidad. Otras veces, en cambio, utilizan el término de “trastorno psicopático” (Aguilar, 2017). Ahora bien, la psicopatía no ha sido reconocida oficialmente por la psiquiatría, de modo que no aparece recogida en el DSM-V como un trastorno de personalidad o psicológico independiente. El

trastorno antisocial de la personalidad es considerado el apartado análogo de la psicopatía y sí aparece categorizado en este manual (San Juan y Vozmediano, 2018).

Tanto la psicopatía (Garrido, 2004) como el trastorno antisocial de la personalidad (APA, 2002) se caracterizan por la tendencia a transgredir las normas y las expectativas sociales, por lo que en este sentido, su relación con el delito resulta evidente (Pintado, 2019).

Una vez mencionados ambos trastornos, vamos a referirnos a los aspectos diferenciales. Por un lado, entre los criterios diagnósticos de la psicopatía que no aparecen en el TAP, se encuentran la locuacidad, el sentimiento desmesurado de autovalía e ítems referentes al comportamiento sexual promiscuo del sujeto (Hare, 1991; San Juan y Vozmediano, 2018). Por otra parte, entre los criterios diagnósticos de la psicopatía se incluyen variables afectivas como el afecto superficial y la falta de empatía, ítems que no aparecen recogidos para el TAP. En definitiva, la diferencia principal reside en que para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad, el DSM-V recoge criterios que únicamente tienen en cuenta la conducta observable (conductas antisociales y delictivas) del sujeto, mientras que los criterios para el diagnóstico de la psicopatía de Hare incluyen una combinación de conductas antisociales y de rasgos interpersonales y afectivos (San Juan y Vozmediano, 2018). En este sentido, la psicopatía se podría definir como un constructo único e independiente que se caracteriza por constituir una disfunción de la personalidad en sus facetas interpersonal-afectiva y/o conductual, siendo la conducta antisocial solamente una parte prescindible de la misma (Aguilar, 2017).

Aun así, existe una línea paralela entre el TAP y la psicopatía cuando hablamos de delincuencia, ya que prácticamente la totalidad de delincuentes psicópatas cumplen los criterios para ser diagnosticados de TAP pero sólo una cuarta parte de los delincuentes con TAP podrían diagnosticarse de trastorno psicopático mediante la Psychopathy Checklist-Revised o PCL-R, que es la escala más usada para diagnosticar psicopatía (López y Núñez, 2009).

3.2.12. Limitaciones del estudio del Trastorno Antisocial de la Personalidad

Los estudios sobre la relación entre el trastorno mental y la conducta violenta son controvertidos ya que los factores más asociados con la conducta violenta en enfermos mentales -como la psicopatía, la conducta antisocial, el abuso/dependencia de drogas o la ira- son predictores de violencia significativos también para los sujetos sin trastornos mentales,

por lo que no queda demostrado el efecto independiente del trastorno mental sobre la violencia ejercida por el sujeto (Harris & Lurigio, 2007).

Además, según Sirotych (2008), puede haber divergencia entre estudios debido al uso de distintos criterios diagnósticos, distintas definiciones de violencia, el uso de muestras de estudio heterogéneas y la existencia de comorbilidad psiquiátrica con mucha frecuencia.

Cabe destacar que el 75% de las personas que se encuentran en un centro penitenciario cumplen con el diagnóstico del TAP, por lo que se puede llegar a pensar que se trata de una categoría social o legal, más que una categoría psicopatológica (Echeburúa, 1986).

Otra de las limitaciones en el estudio del TAP es la menor prevalencia de TP entre adultos mayores en comparación con adultos jóvenes (Holzer & Vaughn, 2017). Aunque esta disminución podría ser el resultado de la mortalidad asociada con este trastorno, los estudios de seguimiento también demuestran que algunos adultos que previamente cumplían los criterios para TAP no cumplen con los criterios en la vejez ya que muchos de los criterios actuales del DSM para TAP incluyen comportamientos que requieren una cantidad considerable de energía, incluyendo agresiones frecuentes a otros y participación en conductas delictivas que justifican el arresto. Está documentado y reconocido que el comportamiento criminal declina con la edad. La investigación también ha demostrado que la fuerza disminuye con la edad, lo que puede también disminuir el impacto de los comportamientos agresivos. A pesar de la creciente inaplicabilidad de estos criterios con la edad, está claro que agresión, impulsividad y desprecio por la seguridad, así como los criterios menos exigentes físicamente se pueden manifestar de diferentes formas (Holzer & Vaughn, 2017).

Estos pueden no alcanzar el umbral de diagnóstico para TAP por lo que se ha optado por el desarrollo de una nueva escala; la escala gerontológica de trastorno de la personalidad que es relativamente nueva por lo que se requieren más investigaciones para respaldar su precisión diagnóstica. Además, también se ha considerado que la investigación longitudinal de los individuos diagnosticados con TAP a lo largo de su vida permitiría a los investigadores mejorar comprender cómo cambia la presentación de la patología en el tiempo (Holzer & Vaughn, 2017).

4. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

4.1. Introducción

Desde la Antigüedad se ha utilizado el concepto de locura para referirse a lo que hoy en día se denomina esquizofrenia. Este trastorno ha sido definido y tratado de manera diferente atendiendo a la época y a las ideas concebidas en cada momento y lugar pero siempre asociada a la locura (Soto, 2017). Además de asociarse a la locura estigmatizando a quienes padecen este trastorno, los pacientes con esquizofrenia también sufren frecuentemente una estigmatización social respecto a su posible peligrosidad (Dickerson et al., 2012)

Ya se ha comentado en el primer punto del trabajo que los trastornos mentales en general, y la esquizofrenia concretamente, en la opinión pública, se suele vincular frecuentemente con la violencia. Si bien hay una asociación entre ambas, menos del 10% de la violencia social experimentada es atribuible a la esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2016). No obstante, el riesgo de violencia de los pacientes con esquizofrenia es mayor si hay consumo de drogas, trastornos de personalidad, historia de violencia, ideas paranoides, alucinaciones auditivas, impulsividad y circunstancias sociales desfavorables. El riesgo de violencia aumenta también si se abandona el tratamiento o están presentes los síntomas psicóticos positivos. Cuando la violencia ocurre, normalmente esta se dirige hacia personas familiares y tiene lugar en el hogar (Esbec y Echeburúa, 2016).

4.2. Definición de esquizofrenia

La palabra esquizofrenia significa literalmente “mente escindida”. Es un trastorno 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 (Soto, 2017).

El grupo de las esquizofrenias y otros trastornos psicóticos es el que más se identifica con el paradigma de la locura (Soto, 2017). Se caracterizan por ser los trastornos mentales más alienantes y los que generan comportamientos más anómalos, atípicos y desorganizados. A menudo presentan una evolución crónica que conlleva un deterioro en la personalidad y la invalidez social (Carrasco y Maza, 2010).

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. Un rasgo que comparten estos trastornos es la

presencia de síntomas psicóticos, siendo habitual en estas personas la presencia de ideas delirantes y alucinaciones. Normalmente, no son conscientes de su patología y de la desconexión que experimentan de la realidad. Además, suelen perder el interés hacia su entorno al hallarse inmersos en un mundo de fantasías. También pueden manifestar un lenguaje y un comportamiento desorganizado o catatónico (Carrasco y Maza, 2010; Echeburúa, 2018). La esquizofrenia también se caracteriza por presentar alteraciones del estado de ánimo, la ambivalencia y respuestas afectivas inadecuadas o constreñidas, produciendo una desorganización severa del funcionamiento social (Silva et al., 2018).

Según el DSM-V, las características clave que definen los trastornos psicóticos son las anomalías en los dominios mencionados anteriormente (Carrasco y Maza, 2010) y que se definen en la figura 5.

Figura 5

Dominios afectados por las personas con espectro esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Tipo de anomalía	Definición
Delirios	Creencias erróneas e incorregibles. El contenido de las ideas delirantes puede ser muy variado: de persecución; de influencia; de grandeza; de celos; de autorreferencial, etcétera. Los delirios pueden ser o no extravagantes. Una creencia extravagante es aquella que resulta claramente inverosímil e incomprensible, mientras que no extravagante es aquella que puede considerarse creíble o, al menos, posible.
Alucinaciones	Son percepciones que surgen sin la presencia de un estímulo externo. El sujeto las experimenta como si se tratara de percepciones reales. La diferencia reside en que las alucinaciones no están sujetas al control voluntario, es decir, el sujeto no puede decidir sobre ellas. Las alucinaciones más habituales son las auditivas pero también pueden ser visuales, olfativas, gustativas y táctiles.
Pensamiento o discurso desorganizado.	El pensamiento desorganizado es consecuencia del discurso desorganizado. Hay sujetos que presentan un discurso tan desorganizado que llega a resultar incomprensible para el resto de las personas.
Comportamiento muy desorganizado o catatónico.	Una de las consecuencias de este comportamiento es la dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, así como la disminución de la reactividad al entorno.

Síntomas negativos	Estos síntomas conllevan una disminución o pérdida de las funciones normales del sujeto. Los dos síntomas que con mayor frecuencia se manifiestan en estos sujetos son la expresión emotiva disminuida o aplanamiento afectivo, que conlleva la falta de expresión y experimentación de emociones; y la abulia, que se caracteriza por una disminución de las actividades iniciadas por voluntad propia.
--------------------	--

Nota. Adaptado de “ Trastornos mentales y violencia: Implicaciones jurídico forenses”, por O. Pintado, 2019, *Universidad País Vasco*.

Otros síntomas negativos son la alogia (reducción del habla), la anhedonia (incapacidad para disfrutar) y la asocialidad (desinterés por las interacciones sociales) (San Juan y Vozmediano, 2018).

La esquizofrenia se trata de un trastorno mental que despierta mucho interés debido a la heterogeneidad de los síntomas que presenta, las características clínicas, los correlatos neuroanatómicos, la evolución y pronósticos variables, así como las respuestas a los tratamientos (Guizar, 2003).

Según datos de la Organización Mundial de Salud OMS (2017) afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Existe mayor índice de casos en hombres con una edad de inicio más temprana (12 millones), que en mujeres (9 millones).

4.2.1. Criterios diagnósticos DSM-V

Los criterios diagnósticos que aparecen en el DSM-V para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito).

Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones

interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

4.2.2. Fases de la esquizofrenia

La esquizofrenia presenta cuatro fases diferenciadas, siendo el punto de partida de la enfermedad el primer episodio (López e Ibarra, 2013), también llamado fase prodrómica (Ruiz-Iriondo et al., 2013).

- a. Fase prodrómica o primer episodio.* El desarrollo de esta fase es lento, el paciente empeora poco a poco, y se hace visible un deterioro de las capacidades mentales del paciente y una menor funcionalidad (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo et al., 2013). El paciente comienza a presentar síntomas característicos de la enfermedad, sobre

todo síntomas negativos, y fluctuaciones en el comportamiento (López e Ibarra, 2013; Silva, 2006)

- b. Fase aguda.** El paciente presenta sintomatología positiva (delirios, alucinaciones y conducta y lenguaje desorganizado) (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo et al., 2013). López e Ibarra (2013), señalan que los pacientes en esta fase se caracterizan por una ausencia de higiene personal. Siguiendo a Posininsky y Schaumburg (1998), señalan que durante esta fase las personas carecen de las leyes de la lógica y están convencidas que sus vivencias son reales y veraces.
- c. Fase de estabilización.** En esta fase la sintomatología positiva se reduce y los síntomas negativos son moderados (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo et al., 2013).
- d. Fase estable o crónica.** Esta fase se caracteriza por la presencia de sintomatología negativa en su mayor parte (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo et al., 2013). Los pacientes se caracterizan por falta de energía, aplanamiento emocional, dificultad para experimentar placer y dificultades en las relaciones (Ruiz-Iriondo et al., 2013)

4.2.3. Subtipos de esquizofrenia

La esquizofrenia por sí misma no es un cuadro clínico con entidad propia (First et al., 2005) por lo que debemos atender a distintos subtipos o dimensiones de esquizofrenia. Este mismo aspecto lo manifestaron también Jiménez et al., (2001) afirmando que a pesar de la referencia habitual que se hace de la esquizofrenia como una entidad patológica delimitada, tanto la experiencia clínica como la investigación arrojan evidencia continua sobre la pluralidad o heterogeneidad esencial de este trastorno. Según estos mismos autores, se ha necesitado reducir la variabilidad de los pacientes esquizofrénicos y crear subtipos más homogéneos debido a los diferentes procesos etiopatológicos de la esquizofrenia postulados, las diferencias en el curso y pronóstico de la misma o en la respuesta a los diferentes tratamientos (Jiménez, et al., 2001). Es decir, cada subtipo posee una evolución, pronóstico, tratamiento e incluso comportamiento delictivo diferente (APA, 1999; Carrasco y Maza, 2010).

En el presente trabajo nos centraremos en la esquizofrenia de tipo paranoide, ya que como se ha mencionado es la tipología que más interés jurídico-forense ha despertado junto al Trastorno Antisocial de la Personalidad, ya descrito anteriormente (Pintado, 2019).

4.3. Esquizofrenia paranoide

4.3.1. Definición y características

La esquizofrenia de tipo paranoide es del espectro de la esquizofrenia, la que se ve involucrada en delitos violentos con más frecuencia. Este trastorno se caracteriza por el predominio de síntomas positivos como ideas delirantes y alucinaciones auditivas, además de una relativa conservación de las capacidades cognoscitivas. Tampoco se encuentran manifestaciones importantes de conductas desorganizadas o catatónicas ni alteraciones del lenguaje. Suele tener un pronóstico mejor que otros tipos de esquizofrenia, sobre todo en lo que respecta a la vida laboral e independiente (Romero y de Dios, 2019).

A pesar de que el estado consciente del enfermo no presenta una completa alteración de sus facultades cognitivas (Romero y de Dios, 2019), su actitud psíquica se caracteriza por el egocentrismo y el aislamiento, y expresa una pérdida de contacto con la realidad además de ideas delirantes y trastornos de la percepción (Smith, 2001).

Las ideas delirantes que presentan estos sujetos pueden ser de muy variada temática: de persecución, autorreferenciales, de influencia, de grandeza, religiosas o de celos (Carrasco y Maza, 2005). De entre ellas, predominan fundamentalmente las ideas delirantes de persecución, de grandeza o ambas (APA, 2002). Los delirios persecutorios pueden predisponer al paciente a conductas suicidas, mientras que una combinación de estos con ideas de grandeza e ira pueden desencadenar actos violentos (Romero y De Dios, 2019).

Junto a las mismas aparecen alucinaciones de diversa procedencia, dependientes de las ideas delirantes, siendo especialmente frecuentes las auditivas. Los enfermos oyen voces dentro de su cabeza o cuerpo que constantemente piensan que vienen de otra u otras personas que les dan órdenes, amenazan o insultan, o adoptan el carácter de cuchicheos, pitidos o canturreo (García, 2002). Además, pueden aparecer alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales, incluso también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan (CIE-10, 2004). Algunos síntomas asociados a este subtipo son la mencionada ira, ansiedad, retraimiento y tendencia a discutir (APA, 2002; Romero y de Dios, 2019). Como consecuencia de estas manifestaciones psicopatológicas es el tipo de esquizofrenia que con mayor frecuencia conlleva actos agresivos, violentos y delictivos (Carrasco y Maza, 2010).

4.3.2. Prevalencia de la esquizofrenia paranoide

Según el Informe de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (2020) que representa los datos del 2017 en España, la esquizofrenia aparece en el 3,7% de la población, 4,5% en hombres y

2,9% en mujeres aunque depende de la edad, pues la frecuencia es doble entre los 20 y los 49 años y se iguala a partir de los 65 años, apareciendo en este momento un ligero incremento en la mujer.

La esquizofrenia paranoide es la forma más frecuente de esquizofrenia en casi todo el mundo (OMS, 2008). En Estados Unidos, informes emitidos por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para 2004 revelaron 121 000 diagnósticos de esquizofrenia paranoide en hospitales no federales de estancia breve (73 000 varones y 47 000 mujeres). La mayoría de los sujetos (62 000) estuvo entre los 15 y los 44 años de edad, ninguno tuvo menos de 15 años de edad; 37.000 estuvo entre los 45 y los 64 años, y 21 000 tuvieron 65 años de edad o más.

En la población penitenciaria los trastornos mentales son tres veces más prevalentes que en la población general (Volavka, 2002). Por ende, las personas diagnosticadas con esquizofrenia están también sobrerrepresentadas en la población carcelaria (Nielssen, 2015; Vicens et al., 2011). Por ello, los estudios sobre muestras obtenidas de centros psiquiátricos penitenciarios (por ejemplo, Addad et al., 1981) no son representativos de la población general y no controlan adecuadamente ciertas variables (trastorno sobrevenido después del ingreso o simulación, por ejemplo), de tal manera que la clara asociación entre esquizofrenia y homicidio se ha considerado una prueba de la tendente psiquiatrización del comportamiento criminal (Esbec y Echeburúa, 2016).

4.3.3. Curso, evolución y tratamiento

La edad aproximada cuando la sintomatología empieza a hacerse patente suele ser en la adolescencia o inicio de la edad adulta, aproximadamente, a los 20 años de edad. El diagnóstico de la misma se realiza a partir de los 6 meses aproximadamente en que se vislumbran uno o más episodios psicóticos (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014).

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo de la esquizofrenia paranoide tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica (Bernardo et al., 2014). No obstante, es posible reincorporar a la sociedad a los psicóticos que cometen conductas violentas, ya que

una vez que son medicados y asistidos dejan de ser peligrosos. En estos casos, se considera que la enfermedad está compensada o estabilizada (Borrás, 2002).

A pesar del deterioro significativo a que lleva el trastorno, es muy importante además del tratamiento farmacológico y la adherencia al mismo, la rehabilitación psicosocial del paciente, la convivencia social, el mantenerse vinculado laboralmente, integrado como ser bio-psico social a pesar de su condición, pues el rechazo, la desocupación, la carencia de redes de apoyo sólidas, son factores de riesgo que favorecen la aparición de descompensaciones, así como la tendencia a optar por conductas adictivas, u otras perjudiciales para el individuo mantenerse compensado (Gallach, 2011).

4.3.4. Etiología de la esquizofrenia paranoide

La etiología de la esquizofrenia es incierta, las causas pueden ser varias y no se conocen con exactitud ya que intervienen factores generales, psicológicos y socioculturales (Pichot et al., 1995). En el presente trabajo se han descrito factores que influyen en su desarrollo:

a. Factores genéticos

- Variaciones de la secuencia de ADN dentro de la región cromosómica 22q11 asociado con el síndrome de DiGeorge probablemente confieren cierta susceptibilidad a sufrir trastornos psicóticos (Jacquet et al., 2005).
- La esquizofrenia muestra una cierta prevalencia hereditaria poligénica combinada con varios factores socioambientales adversos en su expresión, avalado esto por diferentes estudios, en los cuales se registra una mayor frecuencia de personas esquizofrénicas entre los familiares de los pacientes afectados por el trastorno que en la población general (Guizar, 2003).

b. Alteraciones bioquímicas

- La hipótesis dopaminérgica establece que una excesiva actividad de este neurotransmisor en LCR, sería responsable de algunos síntomas positivos. En la aparición del resto de los síntomas, se trata de implicar a otros neurotransmisores como, serotonina, noradrenalina y el GABA (Psiquiatría, 2005).
- Estudios postmortem del cerebro han demostrado déficit de GABA en personas esquizofrénicas. Existe también disminución de las interneuronas inhibitorias, enzimas que sintetizan el transmisor inhibitorio ácido-amino

butírico, neuropéptidos como somatostatina y colecistocinina. Además de estos cambios hay una pérdida de dendritas y axones que conectan a las neuronas entre sí, lo que refleja el fracaso de las neuronas piramidales e inhibitorias para formar la conexión sináptica (Addington et al., 2005; Freedman 2003).

c. Factores psicosociales

- La teoría psicoanalítica de Freud postuló que la esquizofrenia es el resultado de fijaciones en el desarrollo y que un "yo" defectuoso contribuía a los síntomas de la esquizofrenia. Muchas de las ideas de Freud referentes a la esquizofrenia eran pintorescas debido a su falta de conocimiento de pacientes esquizofrénicos. Por el contrario Harry Stack Sullivan sometió a los pacientes esquizofrénicos a psicoanálisis intensivos y concluyó que el trastorno era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente las relacionadas con cuidados maternos defectuosos o ansiosos (Kaplan y Sadock 1998)

d. Neuropatología

- Se ha evidenciado alteraciones en el funcionamiento de los lóbulos frontales, tanto en pruebas neuropsicológicas como en pruebas de neuro imagen (descenso de la perfusión en dichos lóbulos en la SPECT e hipometabolismo en la PET (Psiquiatría, 2005).
- Se observa también dilatación del tercer ventrículo y de ambos ventrículos laterales, existe además pérdida de la simetría cerebral normal y cambios en la densidad neuronal. Disminución del tamaño de regiones cerebrales como el hipocampo, amígdala, circunvolución parahipocampal con afectación en algunos casos de los ganglios basales. Otros hallazgos anormales como desinhibición en los movimientos oculares e incapacidad para la persecución visual lenta (Campero et al, 2009).

4.3.5. Interés forense de la esquizofrenia paranoide

El interés forense por este trastorno viene determinado porque si bien estos pacientes no son más peligrosos que la población general cuando están en tratamiento, lo cierto es que un importante porcentaje de ellos no reciben un tratamiento adecuado, abandonan la medicación,

la toman de forma irregular y/o consumen drogas psicoactivas que generan recaídas, siendo varias las razones explicativas de tales fenómenos (Esbec y Echeburúa, 2016).

Realmente, las personas con esquizofrenia, excepto un pequeño subgrupo, no son pacientes especialmente violentos y en el caso de serlo, es más probable que el paciente tienda a hacerse daño a sí mismo (Arseneault et al., 2000). Estos mismos autores afirman que el 10% de los esquizofrénicos acaba suicidándose y que saltarse la medicación multiplica por cuatro el riesgo de suicidio.

Es difícil establecer un nexo causal que relacione la esquizofrenia con los actos violentos (Swanson et al., 1999) ya que en algunos casos estos acontecimientos son consecuencia del trastorno y en otros se deben a la reacción del individuo ante el rechazo social o la discriminación a los que se ve sometido por tener un trastorno mental (Echeburúa y Loinaz, 2011).

Como ya se ha mencionado, muchos de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia están relacionados con la presencia de síntomas psicóticos positivos como pueden ser ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Estas contribuyen al descontrol y a la conducta violenta del sujeto al vivenciar como reales sensaciones o hechos inexistentes pero que resultan ser determinantes de su comportamiento (Esbec y Echeburúa, 2016).

Según Volavka (2002), hay dos tipos de violencia en los pacientes con esquizofrenia. El tipo 1 es el más frecuente y se da en pacientes descompensados, principalmente por la interrupción de su medicación o por el consumo de drogas; una vez compensados, su violencia cesa. A su vez, el tipo 2 se da en pacientes resistentes al tratamiento con neurolépticos, que son reincidentes en su violencia y presentan disfunciones neurológicas o trastornos de la personalidad asociados al trastorno mental.

Según el meta-análisis de Fazel et al., (2009), hay un aumento medio de cuatro veces en la comisión de delitos violentos en los hombres con esquizofrenia en comparación con los hombres sin esquizofrenia.

4.3.6. Tipología delictiva

El análisis de la relación entre esquizofrenia y conducta violenta ha suscitado un volumen de investigación muy superior al de otros trastornos mentales (Echeburúa y Loinaz, 2011). La

revisión de sentencias realizada por Pintado demostró que las personas con esquizofrenia paranoide son las que más delitos cometieron. Esto puede deberse a su agresividad y por sus reacciones a veces imprevisibles (Saavedra, 1972).

Cabe destacar que los individuos con esquizofrenia no suelen cometer delitos, pero cuando los cometen, generalmente se caracterizan por la falta de motivación e incompreensión desde la lógica habitual (Esbec y Echeburúa, 2016b). Además, estos delitos suelen desarrollarse con gran impulsividad y muestran un carácter impredecible que habitualmente deriva de pensamientos delirantes o alucinaciones. Por ello, los delitos cometidos por estas personas provocan un gran impacto mediático, lo que contribuye a mantener el estigma de que las personas que padecen esquizofrenia son peligrosas (Núñez y López, 2009). Por otro lado, la violencia ejercida por pacientes esquizofrénicos suele ser endonuclear, es decir, sobre personas próximas, como familiares o cuidadores pero no sobre gente desconocida (Joyal et al., 2004). Los sujetos afectados por un brote esquizofrénico pueden matar a un ser querido porque escuchan voces y no escapar del lugar (Echeburúa y Loinaz, 2011).

En la revisión de sentencias del País Vasco, realizada por Pintado (2019) de un total de 22 sujetos, los delitos se repartieron de la siguiente manera: 11 se engloban dentro del homicidio y sus formas, 5 son delitos contra la salud pública, 4 de lesiones y 2 contra la libertad e indemnidad sexuales. De los 11 delitos relacionados con el homicidio y sus formas, 5 son constitutivos de asesinato, 3 de asesinato en grado de tentativa, 1 de homicidio y 2 de homicidio en grado de tentativa. La mayoría de los delitos cometidos por pacientes con esquizofrenia son contra las personas, pero no todos. Esta diversidad se debe a la elevada comorbilidad del espectro esquizofrenia (trastornos de la personalidad, abuso de drogas), así como a la marginación social de la persona con esta patología mental (Esbec, 2005).

4.3.7. Comorbilidad de la esquizofrenia paranoide

En cuanto a la comorbilidad de la esquizofrenia, este trastorno se ha asociado a numerosos cuadros psiquiátricos, los más frecuentes son el abuso de sustancias, la depresión, el trastorno obsesivo y ansiedad (González, 2009).

Además, relacionando la comorbilidad con la conducta violenta, el doctor Jesús Sánchez Lizausaba (2008) expone que hay una importante relación entre crímenes violentos, esquizofrenia, abuso de alcohol y drogas y considera que la combinación de estas patologías en una misma persona resulta de alto riesgo para conductas violentas y criminales, con mucha

frecuencia dirigidas a los familiares. Esto es, la comorbilidad como causa por la que los sujetos con esquizofrenia ven aumentadas sus posibilidades de llevar a cabo actos delictivos y reincidir en los mismos (Ortega, 2015).

4.3.8. Limitaciones en el estudio de la esquizofrenia paranoide

La publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición) por la Asociación Americana de Psiquiatría ha suscitado un gran debate (Echeburúa et al., 2014). Entre los motivos, se destaca la desaparición de los subtipos de esquizofrenia del DSMIV-TR (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) en el capítulo del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos porque han mostrado una estabilidad diagnóstica limitada y porque no han respondido diferencialmente al tratamiento (McGorry, 2010).

Los autores del capítulo del DSM-5 consideraron que los subtipos de esquizofrenia del DSM-IV proporcionaban una descripción pobre de la heterogeneidad del trastorno, tenían poca estabilidad diagnóstica, no exhibían patrones distintivos de respuesta al tratamiento o de curso longitudinal y no eran heredables. También se observó que raramente se diagnosticaban otros subtipos que el paranoico y el indiferenciado, y como resultado de todas estas consideraciones se eliminaron del DSM-5 los subtipos de esquizofrenia (Carpenter & Tandon, 2013).

No obstante, a pesar de la eliminación de dichos subtipos en el ámbito clínico, en el ámbito jurídico y en la revisión de las sentencias llevada a cabo en el estudio sí que se diferencia dicho subtipo.

5. TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL

5.1. Introducción

El Derecho es el mecanismo que tiene un Estado democrático para regular el comportamiento en sociedad, proteger los denominados bienes jurídicos (tanto materiales como inmateriales) frente a la comisión de delitos y en posibilitar la convivencia social (Pena, 2018). Por ende, esta disciplina puede entenderse como el conjunto de normas a través de las cuales la sociedad exige de los ciudadanos comportamientos adecuados a los intereses de la misma (Mir-Puig, 2003).

Antes de definir la imputabilidad, es necesaria una aproximación al concepto de delito. Según la teoría elaborada por el Derecho Penal, el delito es definido como la acción típicamente antijurídica y culpable, a la que la Ley señala una pena (Carrasco y Maza, 2010). El delito debe ser un acto previsto en la ley (típico) y contrario a la misma (antijurídico) ante el que el ordenamiento jurídico impone una pena (punible). Además de cumplir estos tres requisitos debe ser una acción culpable, es decir, que pueda serle reprochada a su autor tras la realización de una valoración de las condiciones subjetivas que le llevaron a haberla cometido. Aquí aparece el concepto de imputabilidad. Se trata de la capacidad de actuar culpablemente y por ello, es entendida como el fundamento de la culpabilidad. Esta capacidad es doble, debido a que para que se tenga en cuenta, el sujeto debe comprender la ilicitud del hecho y además, poder actuar libremente conforme a esa comprensión (Carrasco y Maza, 2010).

5.2. Concepto de imputabilidad

El término de imputabilidad puede ser definido como la aptitud de una persona para responder de los actos que lleva a cabo (Hernández, 2015). La doctrina mayoritaria actual define la imputabilidad como la capacidad de comprender lo injusto del hecho (que equivale a la plena conciencia) y la capacidad de dirigir la conducta conforme a dicho entendimiento al momento de los hechos (Pena, 2018). De este modo, los juristas conciben y definen la imputabilidad como la capacidad de culpabilidad (Cuesta, 2014). La condición de imputable se presume en todo ser humano adulto a partir de los 14 años y según la doctrina del Tribunal Supremo, la afectación de esta capacidad debe ser probada como el hecho delictivo mismo (Esbec y Gómez, 2000; Martínez, 2005).

En el juicio sobre la imputabilidad del individuo, la Jurisprudencia utiliza tres grados de la misma, ya que en el caso de enfermos mentales, dicha capacidad de entendimiento y libre elección puede verse afectada incluso anulada. Por ello nuestro ordenamiento jurídico contempla atenuaciones y exenciones completas de la pena según sea el caso (Pena, 2018). Las tres condiciones de imputabilidad son las siguientes:

- Imputable (imputabilidad plena): las capacidades cognitivas y volitivas se encuentran a efectos legales, intactas, es decir, no están distorsionadas ni sometidas a deficiencias, alteraciones o enfermedades mentales.
- Semiimputable (imputabilidad disminuida): la persona sufre o ha sufrido en el momento del hecho una perturbación, deficiencia o enfermedad mental que, sin anular

completamente sus capacidades cognitivas o volitivas, sí interfiere en sus funciones psíquicas superiores.

- Inimputable: sus capacidades cognitivas o volitivas se encuentran totalmente anuladas.

5.2.1. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal

El Código Penal español, en su artículo 20, incluye tres causas de inimputabilidad (capacidades cognitivas o volitivas anuladas) que se ven frecuentemente relacionadas con dichos casos (Romero y de Dios, 2019).

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

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

3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.” (Código Penal, 1995, Artículo 20.1, 2 y 3).

Por su parte, el artículo 21 CP contempla varias causas que atenúan la pena, de entre las cuales destacan dos de ellas por verse involucradas frecuentemente en estos casos:

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

7.ª Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.” (Código Penal, 1995, Artículo 21.1ª y 7ª).

5.3. Perspectiva psicológica de la imputabilidad

La imputabilidad es un concepto jurídico, sin embargo la psicología tiene un papel fundamental en el Sistema de Responsabilidad Penal (Benavides, 2010) y es determinar la

responsabilidad penal del sujeto ya que en el momento en que el órgano juzgador tome la decisión se basará en un criterio psicopatológico (el diagnóstico clínico) y un criterio médico-legal (la relación específica de las funciones psíquicas afectadas con los hechos de autos que han dado lugar al procedimiento judicial) (Maza, 2013b). Como ya hemos visto, en la definición de imputabilidad podemos diferenciar dos elementos fundamentales: un componente cognitivo (darse cuenta de la ilicitud de la conducta) y un componente de autocontrol (controlar la conducta con arreglo a un sistema de valores) (Echeburúa, 2019).

5.3.1. Capacidades cognitivas y volitivas

La capacidad cognoscitiva consiste en un conjunto de funciones psíquicas que permiten la captación, asimilación y comprensión de la información procedente del entorno, es decir que el individuo posea las capacidades mínimas para valorar si una conducta es perjudicial para él mismo o para los demás (Molina et al., 2009). Por otro lado, se entiende como voluntad o capacidad volitiva la facultad de dirigir la conducta conforme al entendimiento de la ilicitud de un determinado comportamiento y de adecuar la conducta a la norma (Cano, 2015). El Derecho la define como la capacidad de dirigir voluntariamente la conducta, por lo que aparece vinculada al libre albedrío y a la libre determinación (Cano, 2015). La Teoría del Delito se basa en que las personas actuamos con libertad de decisión y con intencionalidad. Sin embargo, existen diversas psicopatologías que impiden la regulación de la propia conducta (Echeburúa y Amor, 2000) y en estos casos se entiende que la motivación para la acción delictiva se ha generado desde el trastorno, sin que haya mediado deliberación racional del individuo (Celedón y Brunal, 2011).

Si tenemos en cuenta lo anterior, las bases psicológicas de la imputabilidad son la inteligencia y la voluntad (Cano, 2015). En base a esto, la ausencia de imputabilidad se produce cuando el sujeto posee déficits que le impiden valorar y comprender el significado antijurídico del delito, o aún comprendiéndolo, de dirigir su actuación conforme a dicha comprensión, es decir, cuando sea incapaz de autocontrolarse (Cano, 2006; Fonseca, 2007). Por ello, para la valoración de la imputabilidad y responsabilidad penal del autor de un delito que padece un trastorno mental, desde la Sala de Justicia se solicita a los psicólogos y psiquiatras que determinen, mediante evaluación, la enfermedad mental del encausado y, cómo afecta esta a sus capacidades cognitivas o volitivas (Arce et al., 2014).

La imputabilidad está basada en un sistema mixto o biológico-psicológico que consta de dos componentes: un criterio psicopatológico (el diagnóstico clínico) y un criterio médico-legal

(la relación específica de las funciones psíquicas afectadas con los hechos de autos que han dado lugar al procedimiento judicial). El segundo criterio es importante porque la imputabilidad no es un estado mental permanente y absoluto, sino que tiene una relación cronológica, cualitativa y cuantitativa respecto a un hecho determinado. Una persona puede ser imputable, inimputable o parcialmente imputable a lo largo de diversos momentos de su vida, sin embargo, lo que interesa, a efectos de las circunstancias modificadoras de la responsabilidad penal (arts. 20-21 CP), es el estado mental concreto que tenía un sujeto cuando cometió una conducta violenta (Maza, 2013b). El fundamento de la inimputabilidad (total o parcial) es que las alteraciones mentales pueden distorsionar las funciones cognitivas y volitivas, así como anular o reducir la libre determinación de la persona ya que carece de sentido aplicar una pena a quien no ha sido libre para cometer un delito, ni se le puede motivar por las normas sociales ni es consciente del valor de la pena para su reinserción social (Llera, 2009; Maza, 2013a).

5.3.2. Aspectos a tener en cuenta en la valoración de la imputabilidad

Para valorar la exención o atenuación de responsabilidad criminal en relación con los trastornos mentales se deben tomar en consideración cuatro aspectos (Maza, 2013a):

- a) Criterio cualitativo (naturaleza de la perturbación mental): falta o pérdida de la capacidad de comprender lo que se hace y de actuar libremente.
- b) Criterio cuantitativo (intensidad y grado de esa perturbación): anulación de las facultades intelectivas y volitivas
- c) Criterio cronológico (duración del trastorno): permanencia en el tiempo y existencia en el momento del hecho delictivo (si se cumplen los demás requisitos y no se da este, nos encontramos ante un trastorno mental transitorio).
- d) Relación de causalidad entre el trastorno mental y la naturaleza de la conducta delictiva.

En consecuencia, no hay una relación automática entre el padecimiento de un trastorno mental y la anulación o disminución de la imputabilidad, lo que supone la modificación de la imputabilidad serán los resultados psicopatológicos y la incidencia de ellos en la conducta violenta (Carrasco y Maza, 2005). En definitiva, la inimputabilidad comienza con la determinación de la existencia de alteraciones psíquicas en el individuo (criterio psicopatológico), pero ha de determinarse también la relación entre las funciones psíquicas afectadas y el delito (criterio médico-legal) (Rojas, 2013).

5.4. Psicopatología e imputabilidad

5.4.1. Causas de inimputabilidad

El artículo 20 del Código Penal recoge una serie de causas que son susceptibles de eximir de responsabilidad penal al sujeto que ha cometido un delito. Estas causas reciben el nombre de “eximentes completas” y como su propio nombre indica suponen la ausencia de una condena penal. Este trabajo se ha centrado en la causa contemplada en el apartado 1º ya que se refiere a los sujetos que han cometido un delito teniendo sus facultades mentales completamente anuladas, por padecer alguna anomalía o alteración psíquica.

Estas causas mencionadas en el artículo 20 del Código Penal, a pesar de conllevar la declaración de inimputabilidad del sujeto y, en consecuencia, la ausencia de pena privativa de libertad, suelen acarrear la imposición de una medida de seguridad. La medida de seguridad que se impone puede ser diferente en función de las necesidades de cada sujeto, siendo habitual su internamiento en un centro a efectos de recibir el tratamiento correspondiente. La aplicación de las medidas de seguridad se debe a que muchos de los sujetos declarados como inimputables presentan un pronóstico de peligrosidad, de modo que se hace necesaria la intervención sobre ellos (Carrasco y Maza, 2010)

5.4.1.1. Anomalía o alteración psíquica

La primera causa de inimputabilidad que regula el artículo 20 del Código Penal (CP) señala que está exento de responsabilidad criminal “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” (Código Penal, 1995, artículo 20).

El legislador entiende la “anomalía” como defectos o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas (retraso mental, trastornos del desarrollo, trastornos de la personalidad) (Esbec, 2000). Por su parte, Blanco (2000) las considera una disfunción patológica que afecta a la mente del sujeto y que se caracteriza, frente a la simple alteración psíquica, en el carácter patológico de la disfunción, esto es, en su consideración como enfermedad desde el punto de vista médico-psiquiátrico

Por el contrario, por alteración psíquica Esbec (2000) entiende que se trata de un trastorno mental de nueva aparición, en una mente previamente sana y bien desarrollada (por ejemplo, una demencia). También se ha definido como una disfunción mental que no tiene un origen patológico en la alteración no subyace una verdadera enfermedad desde un punto de vista médico-psiquiátrico, sino que son unos determinados estímulos externos, de excepcional intensidad y efectos, los que producen sobre la psique de un sujeto teóricamente sano un grave desequilibrio, el cual remite una vez casados los estímulos desencadenantes (Blanco, 2000).

A lo largo de los años, la jurisprudencia ha confeccionado un catálogo donde registran diversas alteraciones o enfermedades como fuentes de inimputabilidad, entre las que se encuentra la esquizofrenia paranoide. Tal como recoge la jurisprudencia (Sentencia Audiencia Provincial de Valencia, de 26 de julio de 2013), otras anomalías mentales como los trastornos de personalidad, drogadicción o psicopatía, no se han considerado como base suficiente para la no imputabilidad a no ser que se acompañen de otros síntomas patológicos tal como la esquizofrenia; aunque sí se consideran como base suficiente para la atenuación de responsabilidad (Arce et al., 2014; Vilariño et al., 2016). Como se ha indicado, el Código Penal vigente ha optado por un método mixto para declarar exento de responsabilidad criminal a un sujeto afecto de un trastorno mental, pues exige junto al padecimiento de una anomalía o alteración psíquica (elemento psicopatológico), que la misma le haya impedido comprender la ilicitud de su hecho o actuar conforme a dicha comprensión (elemento normativo) (Fonseca, 2007). Es decir, es necesario relacionar la enfermedad con el delito en cuestión y ser causa directa del acto delictivo (Arce et al., 2014). En suma, la mayoría de los inimputables presentan una afectación psicopatológica grave, aunque existen casos en los que la inimputabilidad resulta cuestionable, atendiendo al grado de afectación que ciertas patologías provocan sobre la inteligencia y la voluntad (Vilariño et al., 2016).

En los dos puntos siguientes se analizarán la esquizofrenia paranoide y el trastorno antisocial de la personalidad y de qué manera pueden afectar a la modificación de la responsabilidad de un individuo. En un estudio realizado por Vilariño et al., (2016), sobre el perfil clínico y delictivo de reclusos inimputables portugueses, se encontró que la esquizofrenia constituía el principal diagnóstico sobre el que se fundamentaba la declaración de inimputabilidad (70% de los casos), siempre y cuando el delito estuviera relacionado con la enfermedad (Hernández, 2015). Los trastornos de la personalidad han sido el centro de debate, ya que se trata de trastornos mentales, sin embargo cabe mencionar que se suele considerar que quien

las padece posee capacidad suficiente como para discernir sobre lo justo e injusto de un hecho y actuar conforme a esa comprensión (Vilariño et al. 2016).

Cuando las circunstancias susceptibles de excluir la imputabilidad se presentan sin reunir todos los elementos necesarios para su plena eficacia o con menor intensidad, tiene cabida la eximente incompleta recogida en el artículo 21.1 CP (Carrasco y Maza, 2010) que dice que “son circunstancias atenuantes: 1.^a Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos” (Código Penal, 1995, artículo 21.1). Este supuesto se traduce en que un sujeto, a pesar de no tener completamente anuladas sus facultades mentales al tiempo de llevar a cabo el hecho delictivo, se halla en un estado como consecuencia de su anomalía o alteración psíquica que le impide actuar con plena voluntad y conocimiento (Carrasco y Maza, 2010). La aplicación de esta eximente incompleta no supone la exención de la responsabilidad penal, sino que simplemente supone una atenuación de la misma, de modo que el sujeto es declarado semi-imputable a efectos penales (Carrasco y Maza, 2010). En estos casos, el CP en su artículo 104 establece que además de imponerle al autor del delito una pena privativa de libertad cuya duración se determine teniendo en cuenta la atenuación correspondiente, se le puede aplicar también una medida de seguridad.

Retomando el artículo 21, el séptimo apartado regula también la posibilidad de atenuar la responsabilidad penal del autor si concurre en él “cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores” (Código Penal, 1995, artículo 21.7^a). Para la apreciación de este supuesto, se requiere la presencia de dos requisitos. Por un lado, una menor culpabilidad en la conducta del autor del delito, y por otro lado, que exista una relación con alguna de las circunstancias atenuantes recogidas en los tipos penales. Es decir, se trata de hechos probados parecidos a los hechos típicos que aparecen recogidos en el texto legal, concurriendo en el autor una menor culpabilidad (Al-Fawal, 2013).

En conclusión, como hemos podido apreciar a lo largo de estas páginas, será el juez, quien con la ayuda de los especialistas en Psiquiatría que realizarán una valoración médico forense de las circunstancias, deberá decidir en cada caso y en atención a la afectación de las facultades del sujeto bien la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP bien la eximente incompleta del art. 21.1 CP o la atenuante analógica del art. 21.6 CP (Fonseca, 2007).

A continuación analizaremos los principales trastornos que repercuten en la modificación de la responsabilidad criminal, así como sus implicaciones psicológicas.

5.4.2. Imputabilidad del trastorno antisocial de la personalidad

El trastorno antisocial de la personalidad constituye uno de los trastornos que mayor interés jurídico y forense tienen, ya que estos sujetos son los que más delinquen de entre todos los tipos de sujetos que tienen un trastorno de la personalidad y, en consecuencia, los que mayor alarma social producen (Cuello, 2002) pues son transgresores sistemáticos de las normas sociales (Fonseca, 2007). Su característica principal es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta y se presenta con más frecuencia en varones que en mujeres (Fonseca, 2007). Además, estos sujetos presentan hostilidad, falta de interés o preocupación por los sentimientos de los demás, ausencia de remordimientos (APA, 2000), satisfacción de sus propias necesidades mediante la manipulación del ambiente (Millon, 2006), incapacidad para mantener relaciones personales duraderas, muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento; y marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo (CIE-10, 2004). Estos sujetos presentan problemas en tres vertientes a la vez: relaciones con los demás, afectividad y conducta (Raine y Sanmartín, 2002).

El Código Penal de 1995, cuando se refiere a la exención de responsabilidad en el artículo 20.1, sustituye el antiguo término de «enajenación» por el de «alteraciones» o «anomalías», que pueden referirse a los trastornos mentales y a los trastornos de la personalidad (TP), respectivamente. Con ello se abre la puerta a la consideración de los TP como elementos de modificación de la imputabilidad, siempre que mermen la libertad del sujeto (capacidad de control de sus conductas) y estén directamente relacionados con la conducta violenta cometida (criterios del sistema mixto de valoración) (González y Graña, 2014). Cabe decir que únicamente de manera excepcional se ha aplicado la eximente completa del artículo 20.1 a los sujetos que padecen un trastorno de la personalidad, siendo más habitual la aplicación de eximente incompleta o atenuante (San Juan y Vozmediano, 2018). En cualquier caso, la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS de 11 de marzo de 2010; STS de 8 de abril de 2010; STS de 23 de abril de 2010) viene a señalar la complejidad y dificultad de establecer una doctrina general sobre la incidencia de los trastornos de la personalidad en la capacidad

de culpabilidad. Como regla general, según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, los TP se valoran penalmente como atenuante analógica ya que los simples rasgos desadaptativos de personalidad no inciden en la imputabilidad y la eximente incompleta es excepcional y queda reservada para casos muy graves o comórbidos con otros trastornos mentales, tales como toxicomanías o discapacidad intelectual (Echeburúa, 2018). Es decir, un trastorno de la personalidad, por sí mismo, no es fundamento suficiente para estimar una eximente incompleta y, en cualquier caso, requiere estar acreditado claramente en la historia clínica (STS de 23 de abril de 2010).

Tal y como señala Montañés (2009), una vez constatada la presencia de un trastorno de la personalidad, es necesario determinar cómo ha influido en las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto para determinar cómo puede verse afectada la imputabilidad. Es decir, no sólo se exige la presencia de esos rasgos, anomalías, alteraciones o trastornos de la personalidad, sino que éstos deben originar y alcanzar unos efectos determinados, tales como son la no comprensión de la ilicitud del hecho o la imposibilidad de actuar conforme a dicha comprensión (Pallaro y González, 2009).

Como ya se ha mencionado en este trabajo, los trastornos de personalidad aparecen en personas que psíquicamente no presentan graves alteraciones, que razonan bien y que tienen un sentido claro de la realidad (Vazquez et al., 1990). A pesar de tratarse de una alteración psicopatológica, generalmente un sujeto con un trastorno de la personalidad, sin tener la comorbilidad con otros trastornos, no padece déficits cognitivos ni trastornos de la percepción o del pensamiento, es decir, muchas veces tienen conciencia y responsabilidad sobre sus actos (Echeburúa, 2018). Ya hemos señalado que suele tener comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias u otros trastornos (González, 2011), por lo que en estos casos, la capacidad cognoscitiva de un sujeto con un trastorno antisocial de la personalidad podría verse afectada por la aparición de otro cuadro psicopatológico, como puede ser por ejemplo un trastorno delirante que se asocie al trastorno de personalidad de base, pero no sería una característica propia de los trastornos de personalidad (De Dios et al., 2009).

En definitiva, lo cierto es que ninguno de los criterios diagnósticos, o los signos y síntomas con los que se manifiesta el trastorno de la personalidad antisocial, permiten afirmar que la persona perdió en su totalidad la capacidad de comprender el carácter ilícito de su acción o de conducirse de acuerdo con esa comprensión. Las anomalías cerebrales estudiadas tampoco permiten concluir que haya una afectación médicamente significativa que elimine estas

capacidades (Borbón, 2021). Siguiendo a Pérez (2015), los individuos con TAP son conscientes del daño que causarán a los demás y de la ilicitud de sus actos, del mismo modo que captan perfectamente la realidad exterior y propia.

5.4.3. Imputabilidad de la esquizofrenia paranoide

El espectro esquizofrenia y otros trastornos psicóticos producen una pérdida de contacto con la realidad, la objetividad y la lógica. Se caracteriza por presentar alucinaciones, sospechas infundadas, delirios, etc. Además, produce deterioro en la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse. Quienes padecen este trastorno suelen experimentar creencias falsas o delirios, percepciones inexistentes o alucinaciones, cambios de la personalidad y pensamientos desorganizados. Además, pueden ir o no acompañados de un comportamiento inusual o extraño, así como, dificultades para interactuar socialmente o llevar a cabo actividades de la vida diaria (APA, 2013; Bazán, 2016; López, 2016). A nivel penal, este trastorno supone una limitación tanto para la capacidad cognitiva como volitiva, sobre todo compromete en mayor medida esas capacidades en aquellos periodos de crisis en los que el trastorno llega a su desarrollo máximo (Fonseca, 2007).

La esquizofrenia presenta cuatro fases diferenciadas (López e Ibarra, 2013) y será importante determinar en qué fase se encuentra el sujeto ya que a la hora de valorar la incapacitación (total o parcial), se debe valorar tanto la patología como su gradiente (Fonseca, 2007) ya que no es lo mismo la valoración de una conducta violenta cometida por un paciente en pleno delirio que la llevada a cabo por una persona con una esquizofrenia residual que afecta discretamente a su personalidad (Cano, 2006). Atendiendo a estos aspectos se aplicará la eximente completa cuando el individuo no sea capaz de comprender la ilicitud de los hechos. En estos supuestos se optará por un internamiento psiquiátrico o la asistencia a un programa educativo. Por su parte, la eximente incompleta se establecerá cuando el sujeto tuviera cierta capacidad de comprensión y se reducirá la pena impuesta pero el sujeto ingresará igualmente en un centro penitenciario (Rufilanchas y Arch, 2016). A la hora de valorar la imputabilidad, es fundamental tener en cuenta la relación de causa-efecto con el hecho ilícito, es decir, si se dio un episodio psicótico en el momento en el que se cometió el acto delictivo (Fernández, 2015; Puerta, 2006; Rufilanchas y Arch, 2016). De todas maneras, los síntomas experimentados por estos pacientes son de una naturaleza e intensidad suficientes como para alterar la cognición y condicionar la voluntad del sujeto y por este motivo, a los pacientes con

una esquizofrenia no se les suele responsabilizar de sus conductas delictivas cuando sufren una reagudización de la enfermedad debido a que no comprenden las normas, no entienden que están infringiéndolas y no son capaces de regular su conducta para no violar dichas normas (Subijana, 2017). Lo recién expuesto no quiere decir que todo paciente con una esquizofrenia por el hecho de padecerla, es totalmente inimputable, es decir, habrá que analizar los antecedentes del paciente, los signos precursores y la evolución del trastorno (número de brotes, tratamientos recibidos, conductas violentas previas, etc.), así como valorar el grado de descompensación del paciente en el momento de la comisión del delito (Gisbert et al., 2004a; Llera, 2009).

Para los forenses puede resultar complicado valorar la imputabilidad del paciente en los momentos iniciales del trastorno porque es difícil determinar el grado de deterioro de las funciones cognitivas y volitivas cuando la enfermedad no comienza de una forma brusca, es decir, cuando la sintomatología no es aún muy acusada o cuando el trastorno ha remitido en un período prolongado. En estos casos cabe la posibilidad de considerar al paciente como semiimputable y aplicar la eximente incompleta o la atenuante (Echeburúa, 2019).

El padecer un diagnóstico de esquizofrenia es entendido por el Código Penal (1995) como una alteración psíquica en su artículo 20.1. Comúnmente conduce a la inimputabilidad total, es decir, se considera una eximente completa (Esbec y Echeburúa, 2016a). Como se ha comentado previamente, se trata de la principal causa de inimputabilidad (Vilariño et al., 2016). Quienes presenten este trastorno deberán ser declarados inimputables, siempre y cuando el delito esté relacionado con la enfermedad. En esta línea, el Tribunal Supremo (STS de 2 de junio de 2005; STS de 8 de octubre de 2010; STS de 16 de noviembre de 2011) determina la responsabilidad criminal del individuo, en base a la relación causal entre el delito cometido y la sintomatología experimentada, así como en función de las consecuencias psicológicas que el mismo haya tenido en la conducta delictiva del individuo (Esbec y Echeburúa, 2016a; Puerta, 2006).

Cabe destacar que los individuos con esquizofrenia no suelen cometer delitos, pero cuando los cometen, generalmente se caracterizan por la falta de motivación e incompreensión desde la lógica habitual (Esbec y Echeburúa, 2016b). Además, estos delitos suelen desarrollarse con gran impulsividad y muestran un carácter impredecible que habitualmente deriva de pensamientos delirantes o alucinaciones. Por ello, los delitos cometidos por estas personas provocan un gran impacto mediático, lo que contribuye a mantener el estigma de que las

personas que padecen esquizofrenia son peligrosas (Núñez y López, 2009). Por otro lado, la violencia ejercida por pacientes esquizofrénicos suele ser endonuclear, es decir, sobre personas próximas, como familiares o cuidadores (Bazán, 2016).

Según explican Esbec y Echeburúa (2016b), la violencia en la esquizofrenia se relaciona especialmente con: a) incumplimiento terapéutico o ausencia de tratamiento, ya que muchos de esquizofrénicos no tienen conciencia de enfermedad (anosognosia); b) el consumo de sustancias tóxicas; c) comportamiento violento previo o victimización; d) personalidad premórbida anómala; e) aislamiento familiar o la falta de apoyo social.

El caso de la esquizofrenia de tipo paranoide es el subtipo de la esquizofrenia más frecuente (CIE-10, 2004) y el que más interés médico-legal despierta por los actos violentos y delictivos que con gran frecuencia se presentan debido a las manifestaciones psicopatológicas que le son propias. Si bien es cierto que en los manuales internacionales de diagnóstico dichos subtipos han desaparecido, sin embargo, en las sentencias analizadas aparecen etiquetados como tal.

La esquizofrenia paranoide se trata de un trastorno de inicio tardío y presenta un curso que puede ser episódico o crónico. Se caracteriza fundamentalmente por el predominio de ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción (CIE-10, 2004) en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad (APA, 2002). Ha sido descrita por nuestro Tribunal Supremo como una enfermedad mental caracterizada "por la presencia de ideas delirantes primarias, con un comienzo paulatino en que el paciente esconde durante meses e, incluso, años sus ideas patológicas, o brusca, al punto que el individuo cambia en días u horas su conducta. Suele predominar el humor delirante y la angustia, y después el recelo, la desconfianza y la hostilidad que proyectan sobre las personas del entorno, abundando los elementos delirantes, alucinatorios, desorganizados o más sistematizados, con contenidos de perjuicio y tendencia a interpretaciones delirantes. Lo habitual es que tras los episodios agudos la personalidad queda afectada y disminuida con un deterioro mayor o incluso, llegándose a las formas clínicas denominadas residuales, en las que la personalidad queda dañada de forma permanente" (Tribunal Supremo. 1095/1995). Se trata por tanto, de una enfermedad mental perteneciente al grupo de las denominadas psiquiátricamente psicosis endógenas, que lleva aparejada o comporta siempre una disociación o disgregación delirante de la personalidad tanto en la

esfera afectiva como en la intelectual, lo que priva al enfermo de su libre albedrío. La Psiquiatría estima que “en todo enfermo mental diagnosticado como psicótico las facultades psíquicas se hallan tan alteradas en su funcionamiento que en ningún caso podría descartarse por lo menos la duda -siempre favorable al reo- sobre la imputabilidad del mismo” (Tribunal Supremo. Sala de lo penal. 1218/1979).

PARTE II. PARTE EMPÍRICA

6. ESTUDIO EMPÍRICO RETROSPECTIVO

6.1. Objetivos de la Investigación

Esta investigación se ha centrado en el estudio del trastorno antisocial de la personalidad y de la esquizofrenia paranoide y tiene como objetivo principal estudiar la valoración jurisprudencial de ambos trastornos en cuanto a su responsabilidad penal en los diferentes delitos cometidos por personas diagnosticadas de estos trastornos mentales. Por ende, el objeto del trabajo es el análisis de la influencia de estos dos trastornos en la imputabilidad del sujeto así como su relación con las conductas violentas y conductas delictivas.

Para cumplir con dicho objetivo se han analizado los argumentos aportados por el órgano juzgador al pronunciarse sobre la imputabilidad habiendo evaluado las capacidades intelectivas y volitivas del acusado -capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión- en el momento de los hechos. Además, se estudiará el tratamiento que han recibido de cara a la responsabilidad penal, así como la comorbilidad con otros trastornos mentales y uso de sustancias. También ha sido motivo de interés el perfil del autor en cuanto a edad, sexo y si contaba o no con antecedentes penales, es decir, para saber si ha reincidido o no. Respecto al delito cometido se ha puesto el foco en la tipología delictiva, si actuó de manera solitaria o acompañado y si la víctima era conocida.

Para llevar a cabo este estudio se han analizado un conjunto de sentencias dictadas en los años 2020 y 2021 por el correspondiente órgano juzgador en España, relacionadas con el padecimiento del trastorno antisocial de la personalidad y de esquizofrenia paranoide y la comisión de un delito. A partir de estas sentencias, se van a realizar conclusiones relativas a cada trastorno en cuanto a la imputabilidad y la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal así como una comparación entre ambos trastornos y la afectación a las capacidades mentales del sujeto ya que en función de la plenitud o limitación de dichas capacidades en el momento de los hechos, se podrá acordar su absolución y, con ello, la

imposición de una medida de seguridad; la disminución de su condena; o incluso se podrá declarar su plena imputabilidad, siendo sometido a la pena privativa de libertad correspondiente para cada caso concreto.

6.2. Método y Procedimiento

Las sentencias utilizadas para llevar a cabo este estudio han sido recogidas a través de la página web del Centro de Documentación Judicial (Cendoj). Se trata de un órgano técnico del Consejo General del Poder Judicial que se encarga de publicar jurisprudencia oficial.

Para acceder a la jurisprudencia referida, se han realizado varias estrategias de búsqueda diferentes en las que se han utilizado una serie de filtros muy similares. En la primera búsqueda, se han señalado las opciones de “jurisdiccional penal” eligiendo “Audiencia Provincial” dentro del “Tipo de Órgano”. En el apartado de texto libre, se han introducido las palabras clave “trastorno antisocial”, acotando la fecha de resolución desde 01/01/2020 hasta el 31/12/2020. De esta selección, se han obtenido un total de 92 sentencias. Posteriormente, se repitió el mismo procedimiento, cambiado el año (2021) consiguiendo 83 sentencias. Siguiendo el mismo procedimiento, se introdujeron las palabras clave “trastorno disocial” obteniendo un total de 31 sentencias en el año 2021 y un total de 41, en el año anterior. Como es lógico, muchas sentencias eran las mismas, sin embargo, también se han encontrado nuevas sentencias.

En la búsqueda para las sentencias sobre la esquizofrenia paranoide, se ha realizado el mismo proceso cambiando las palabras por “esquizofrenia paranoide” encontrando 148 sentencias en el año 2020 y 175 en el año 2021.

De todas las búsquedas realizadas se han obtenido un total de 570 sentencias. Una vez seleccionadas las sentencias, se ha procedido a descartar aquellas en las que el órgano jurisdiccional se pronunciaba sobre un recurso de apelación interpuesto. También han sido suprimidas aquellas sentencias en las que quien padecía un trastorno mental era la víctima en vez del sujeto acusado. Tras aplicar los correspondientes filtros, el estudio cuenta con un total de 76 sentencias.

En suma, las sentencias que han sido seleccionadas para este estudio tienen una serie de criterios comunes. En todas ellas, el órgano juzgador decide sobre la imputabilidad de personas que han cometido conductas delictivas teniendo un trastorno mental o una alteración psicológica, en función del estado en el que sus facultades mentales se encontraran al tiempo

de los hechos. La investigación realizada se ha centrado en dos psicopatologías determinadas, analizando dos trastornos mentales de distinta naturaleza así como sus implicaciones en el ámbito forense.

Una vez seleccionadas las sentencias, se ha procedido a realizar una revisión de información de las mismas. Para dicha tarea, la información extraída de cada una de ellas ha sido introducida en un cuestionario realizado al efecto en la plataforma “Google Forms”. Este cuestionario consta de una serie de apartados referentes a los datos que son de interés de cara a la investigación requerida. En primer lugar, de cada sentencia se ha extraído su “Id Cendoj”, es decir, el número que cada una de ellas tiene asignado, el “juzgado (sede)” donde se ha llevado a cabo el proceso penal, el “ponente” que se ha pronunciado al respecto, la “fecha” en la que se ha dictado la sentencia y el “tipo de procedimiento” que se trata. Una vez extraída esta información, se ha procedido a recolectar los datos referentes al delito juzgado, indicando el “tipo de delito” que se ha cometido, y si actuó en “solitario o en compañía”, el “tipo de fallo” que ha sido dictado, pudiendo ser absolutorio o condenatorio y la “condena” correspondiente. En los casos en los que el sujeto acusado haya sido declarado absuelto al considerar sus facultades anuladas como consecuencia de su trastorno mental, se ha indicado brevemente el motivo alegado en el informe pericial respecto a la “alteración de las capacidades” del sujeto. Se ha recogido también la eximente completa aplicada, así como la medida de seguridad impuesta. También se han recogido de cada sentencia las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal que se hayan podido imponer en cada caso, es decir, las “atenuantes y agravantes” recogidas en los artículos 21 y 22 del Código Penal.

En lo referente al sujeto acusado, se ha seleccionado de cada sentencia su “sexo”, su “edad” y si cuenta o no con “antecedentes penales”. También se ha considerado de interés conocer si el sujeto padece otros trastornos mentales, es decir la “comorbilidad” o si el sujeto cuenta con “problemas de consumo”, así como el “tipo de problema” que pueda tener.

Finalmente, se ha extraído también información acerca de la “relación con la víctima”.

6.3. Resultados obtenidos

Este estudio ha tomado como muestra un total de 76 sentencias dictadas en los años 2020 y 2021 por las Audiencias Provinciales españolas. El factor común en todas las sentencias es que se discute acerca de la responsabilidad penal del autor del delito, siendo este un sujeto que padece o bien un trastorno antisocial de la personalidad o una esquizofrenia paranoide.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos del análisis de las sentencias de cada trastorno. En total, se han encontrado 76 sentencias, de las cuales 47 corresponden a la esquizofrenia paranoide (Tabla 2 anexo II) y 29 al trastorno antisocial de la personalidad (Tabla 1 anexo II).

Tabla 1

Sentencias encontradas (1 enero 2020 - 31 diciembre 2021)

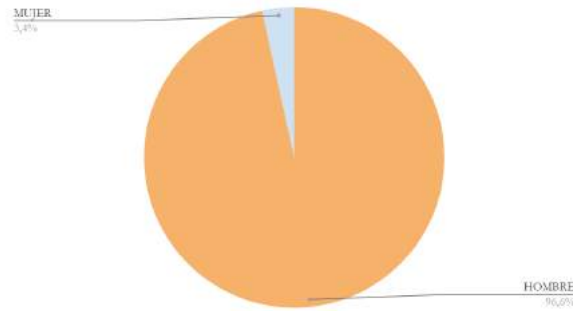
Tipo de trastorno	n	%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL	29	38,2%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	47	61,8%
TOTAL (N)	76	100%

6.3.1. Resultados del trastorno antisocial de la personalidad

Al trastorno antisocial de la personalidad (TAP) le corresponden 29 sentencias, es decir, el 38,2% de las analizadas. En primer lugar, se recogió información acerca de las características del autor. De los 29 enjuiciados que estaban diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad, veintiocho de los enjuiciados fueron hombres (96,6%) y una fue mujer (3,4%) (Figura 6).

Figura 6

Prevalencia por sexo de los condenados con trastorno antisocial de la personalidad

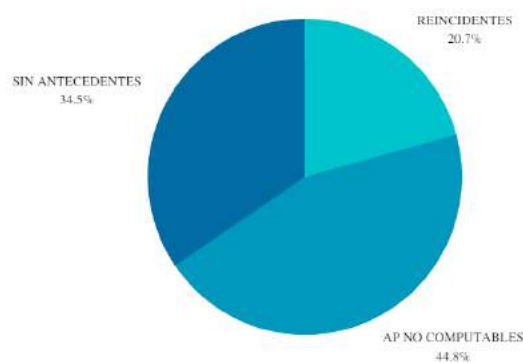


En cuanto a la edad de los sujetos, en 7 de las sentencias no constaba, por lo que se ha hecho la media entre los que sí aparecía dicho dato, resultando esta de 33 años de edad. La edad de los autores ha comprendido entre los 19 y los 60 años. Cabe destacar que la mujer tenía 48 años.

Respecto a las características personales del autor, también se ha considerado importante saber si contaba o no con antecedentes penales (Figura 7). 19 de los 29 sujetos tenían antecedentes penales (65,5%). De los sujetos dentro de este grupo, 6 eran reincidentes y 13 de ellos tenían antecedentes penales no computables a efectos de reincidencia, lo que significa según el artículo 22.8 del Código Penal que para ser computables, deben ser delitos de la misma naturaleza.

Figura 7

Antecedentes penales de los individuos diagnosticados con TAP



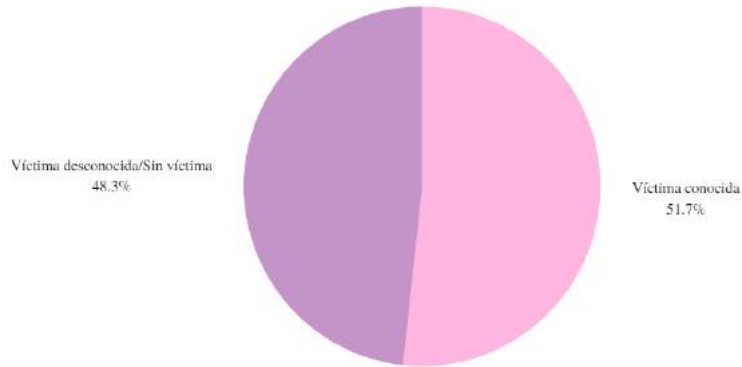
Nota: AP (Antecedentes penales)

Es destacable que los sujetos que reincidieron, lo hicieron en delitos contra el patrimonio y orden socioeconómico (6), delito continuado de falsedad documental (1), un delito contra la salud pública y finalmente, un delito de maltrato, violación y daños.

Por lo que respecta a la víctima, el único dato que se recopiló acerca de dichas personas, es si conocía o no al autor (Figura 8).

Figura 8

Tipo de relación entre el autor (con TAP) y la víctima



En 15 de los 29 casos era una víctima conocida. Además, si tenemos en cuenta que 5 delitos no tienen una víctima directa (por tratarse de delitos contra la salud pública o pertenecer a un grupo criminal), 15 de 24 (62,5%), víctimas eran del círculo del autor.

La revisión de resultados respecto a la tipología delictiva detectada ha puesto de manifiesto que de entre las 29 sentencias analizadas, se han sacado 45 delitos, debido a que 11 de los 29 sujetos han cometido más de un delito, y en ocasiones han sido juzgados varias veces por delitos de la misma tipología, y dichos delitos han sido juzgados en el mismo procedimiento (Figuras 9 y 10).

Figura 9

Tipología delictiva de los sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad

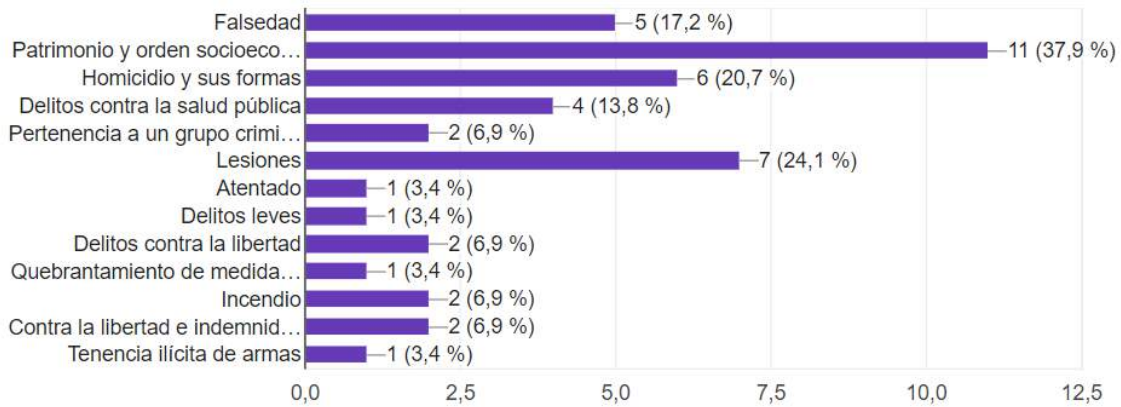
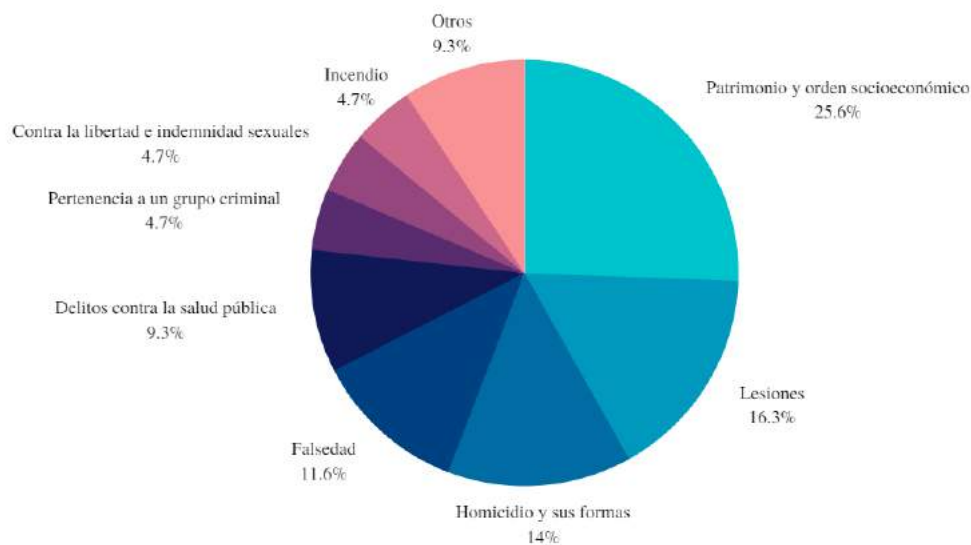


Figura 10

Tipología delictiva de los sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad

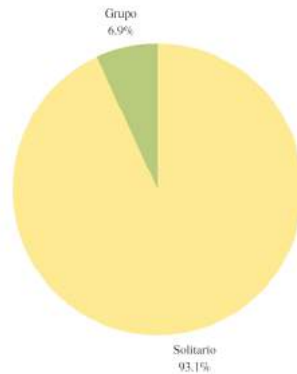


En cuanto a la tipología delictiva, 11 de los delitos se engloban dentro de los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico, seguidos del delito de lesiones (7). Posteriormente, 6 son delitos de homicidio y sus formas, 5 delitos de falsedad. 4 son delitos contra la salud pública.

También se extrajo información acerca de cómo ejecutaron los hechos los autores de los delitos; 27 de los 29 (93,1%) sujetos actuaron en solitario. Únicamente lo hicieron en grupo los dos sujetos a los que también se les enjuició por ser pertenecientes a un grupo criminal. (Figura 11).

Figura 11

Modo de ejecutar los hechos por parte de los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad

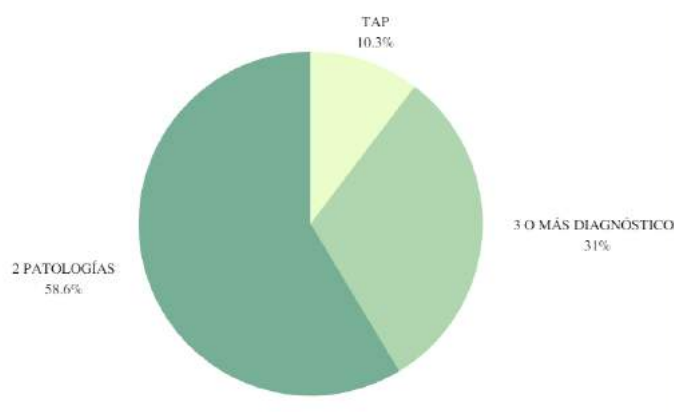


A estos dos sujetos que cometieron los delitos con más personas, se les condenó a uno de ellos, por un delito de pertenencia a grupo criminal, por falsedad documental y por estafa, y al otro, por pertenencia a un grupo criminal, por un delito contra la salud pública y por tenencia ilícita de armas.

Por lo que respecta a la comorbilidad presentada por estos sujetos (Figura 12); 26 de los 29, tenían comorbilidad con otros trastornos, mientras que únicamente 3 sujetos estaban diagnosticados sólo con trastorno antisocial de la personalidad. 17 de los autores presentaban 2 patologías y cabe destacar que 9 sujetos (31%) presentaban más de 2 trastornos además del trastorno antisocial de la personalidad, es decir, 3 o más diagnósticos.

Figura 12

Prevalencia del n° de trastornos padecidos por los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad



Ya se ha comentado que fueron 3 los sujetos enjuiciados que presentaban únicamente el Trastorno Antisocial de la Personalidad, presentando el resto de sujetos (89,65%) comorbilidad con los siguientes trastornos en la siguiente frecuencia (Tabla 2).

Tabla 2

Comorbilidad de los sujetos con TAP y cuantos sujetos

	Nº de sujetos
TAP	3
TAP + CONS	13
TAP + CONS + TM	6
TAP + TM	2
TAP + 2 TM	2
TAP + CONS + 2 TM	3

Nota: TAP (Trastorno antisocial de la personalidad) CONS (Consumo de drogas) TM (Trastorno mental)

El TAP se presenta con comorbilidad con otros trastornos con mucha frecuencia.

Tabla 3

Nº de sujetos que presentan comorbilidad con otros trastornos y la tipología

COMORBILIDAD	Consumo de drogas	Discapacidad intelectual	Psicosis	TDAH	Otros
TAP	22	5	4	3	6

Nota: En la categoría “**otros**” por solo presentar 1 sujeto cada trastorno, se ha englobado, el trastorno de personalidad límite, el trastorno afectivo bipolar, trastorno de inestabilidad emocional, un trastorno adaptativo, un trastorno de conducta grave negativista desafiante y un trastorno de ansiedad.

Estos datos revelan que son muchos sujetos (22) los que presentan un trastorno relacionado con las drogas y sustancias tóxicas y se dividen de la siguiente manera (Tabla 4).

Tabla 4

Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos que presentaron los sujetos con TAP

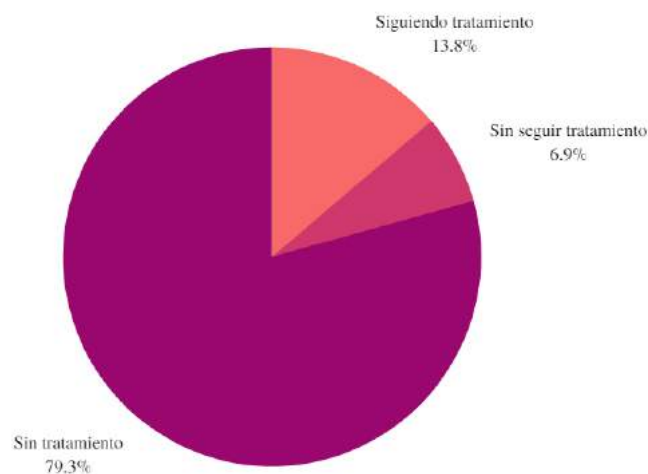
	Consumo	Dependencia	Abuso
TAP	6	7	9

Teniendo en cuenta que los enjuiciados con TAP presentan alteraciones mentales que pueden ser objeto de intervención médica, se extrajo información de las sentencias respecto a si estaban previamente en tratamiento (Figura 13). De estos sujetos, únicamente 4 de ellos se encontraban en tratamiento, 3 de ellos acudían a un centro de deshabitación y 1 seguía un tratamiento por ansiedad.

En las sentencias también se hace referencia a que hay dos sujetos que no seguían el tratamiento ya que no estaban motivados ni para la abstinencia en un caso, ni para su trastorno bipolar en el otro. Del resto de sujetos no consta tratamiento alguno para su trastorno.

Figura 13

Tratamiento de los sujetos con TAP

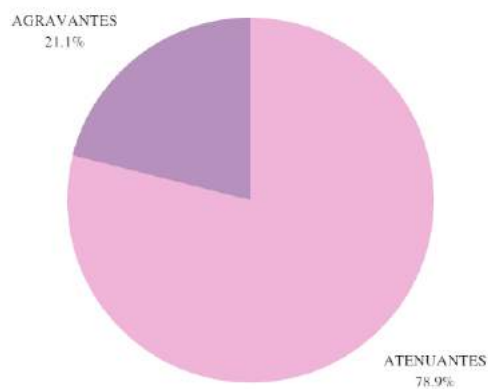


El fallo ha sido condenatorio en el 100% de los casos de los individuos diagnosticados con TAP, es decir, el sujeto es culpable e imputable debido a que el tribunal en ningún caso ha considerado que los sujetos presentaran las capacidades cognitivas y volitivas plenamente anuladas.

Por lo que respecta a los efectos en la responsabilidad penal, se han recogido un total de 38 circunstancias modificativas de la responsabilidad penal. De éstas, 30 fueron atenuantes y 8 agravantes (Figura 14).

Figura 14

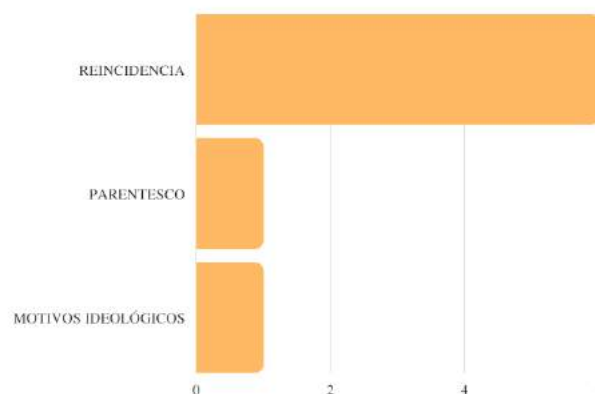
Circunstancias modificativas de la responsabilidad que han sido aplicadas



Se sentenciaron un total de 8 agravantes (Figura 11), siendo la más repetida la de reincidencia.

Figura 15

Circunstancias agravantes aplicadas



Únicamente hubo 4 sujetos que no vieron alterada su responsabilidad criminal en su beneficio, es decir, no tuvieron ninguna circunstancia modificativa de responsabilidad criminal que les atenuara la pena. Estos sujetos presentaban; uno de ellos retraso mental leve, otro trastorno por consumo de tóxicos, otro era consumidor de sustancias estupefacientes, hachís, cocaína y en ocasiones alcohol y el cuarto únicamente presentaba TAP. En los 4 procedimientos se acordó que los sujetos contaban con voluntad y sabían lo que hacían. Es decir, sus capacidades cognoscitivas y volitivas estaban conservadas.

En lo que respecta a las atenuaciones de la pena, se aplicaron 30 circunstancias atenuantes que se distribuyeron de la siguiente manera (Figura 12).

Figura 12

Circunstancias atenuantes aplicadas a los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad



Como ya hemos dicho, sólo 4 sujetos no recibieron una atenuación de la pena, es decir, 25 sujetos sí recibieron atenuantes. De estos, solo 1 a un sujeto no se le aplicó ninguna atenuante relacionada con sus trastornos (TAP, trastorno de inestabilidad emocional y trastorno adaptativo mixto reactivo a estresores vitales) y se le aplicó la atenuante de reparación del daño.

De los 24 sujetos restantes que sí recibieron una atenuante relacionada con sus trastornos, 10 recibieron la eximente incompleta de anomalía o alteración, 9 a causa de su drogadicción (21.2) y 5 la atenuante analógica.

En cuanto a los sujetos que solo tenían diagnosticado el Trastorno Antisocial de la Personalidad, es decir, que no tenían comorbilidad con otros trastornos; uno de ellos recibió

la atenuante como muy cualificada de alteración psíquica del art. 21.1 en relación con el art. 20.1 del Cº penal debido a que el tribunal alegó que no afectaba a su capacidad de comprensión del alcance y significación de sus actos pero sí incidía sobre su capacidad de control de impulsos limitando su voluntad. Al segundo sujeto se le aplicó la atenuante analógica de alteración psíquica (art. 21.1ª y 7ª), por tener una enfermedad de carácter impulsivo, que afectaba a su capacidad y voluntad y finalmente, el tercero no recibió ninguna atenuante ya que se valoró que el trastorno no afectaba a sus capacidades intelectivas y volitivas.

El consumo o trastorno por uso de sustancias es frecuente en los sujetos con TAP, de hecho 22 sujetos lo presentaban. De estos, han visto modificada su responsabilidad criminal en base a su drogadicción 14 (63,63%) de los sujetos, ya que se aplicaron 9 atenuantes de drogadicción, 3 analógicas de drogadicción y 2 atenuantes del 21.1 y 21.2.

En cuanto al tratamiento aplicado a estos sujetos, sólo se dictaron 2 medidas de seguridad, una de ellas de internamiento en un centro penitenciario psiquiátrico se le aplicó a un paciente que además de trastorno antisocial de la personalidad, padecía esquizofrenia paranoide y trastorno de consumo de alcohol, cocaína, cannabis e hipnosedantes. A este primer sujeto se le aplicó la circunstancia modificativa de eximente incompleta del artículo 21.1ª en relación con los artículos 20.1º y 68.

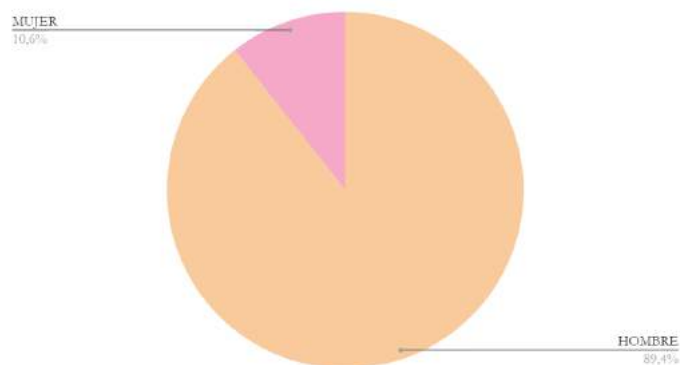
El segundo sujeto al que se le aplicó una medida de seguridad padecía un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta grave negativista desafiante rasgos límite de personalidad, sospecha de trastorno bipolar, brote psicótico breve y trastorno pre psicótico y abuso de alcohol, anfetaminas, éxtasis (MDMA) y speed. La pena del mismo se vio modificada por una atenuante de de anomalía psíquica del art. 21.1 y 2 Código Penal y recibió una pena de prisión y la obligación de tratamiento médico-psiquiátrico, y tratamiento de abstinencia de alcohol y drogas con controles periódicos mensuales

6.3.2. Resultados de la esquizofrenia paranoide

En los años 2020 y 2021 se dictaron 47 sentencias a sujetos que padecían esquizofrenia paranoide. De estas personas, 42 autores fueron hombres y 5 mujeres (Figura 13).

Figura 13

Sexo de los autores con esquizofrenia paranoide



En cuanto a la edad de los sujetos, la media ha resultado de 39 años. Dato resultante, teniendo en cuenta que faltan 18 de 47 datos. El periodo de edad abarca desde los 22 años hasta los 64.

En este caso, también se recogió información acerca de los antecedentes penales de estos sujetos (Figura 14)

Figura 14

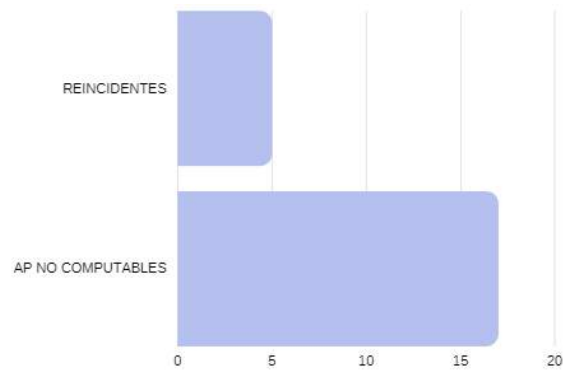
Prevalencia de antecedentes penales en los autores con esquizofrenia paranoide



La mayoría fueron sujetos que delinquieron por primera vez. De los 22 sujetos que contaban con antecedentes penales, 5 eran reincidentes, y 17 tenían antecedentes penales no computables en la causa (Figura 15).

Figura 15

Sujetos con antecedentes penales con esquizofrenia paranoide



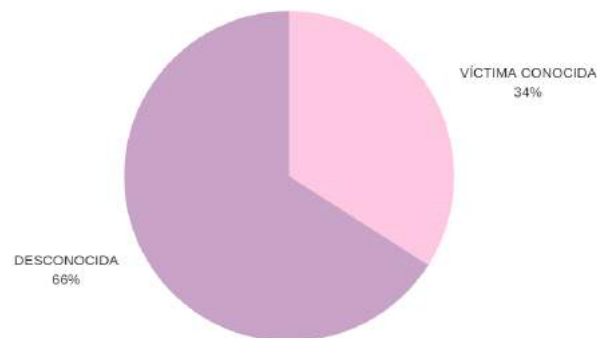
Nota: AP (Antecedentes penales)

Los sujetos reincidentes (5), es decir, el 11% del total de sujetos, lo hicieron en delitos de las siguientes tipologías: Delito de robo (2), delito contra la salud pública (2) y delito de lesiones.

Por lo que respecta a la víctima, era una víctima conocida en el 34% de los casos, 16 personas, y desconocida (o no consta relación en las sentencias) en el resto (y mayoría) de casos (Figura 16).

Figura 16

Relación entre la víctima y el autor que padece esquizofrenia paranoide



Por lo que respecta a la delictología, en total se han recopilado 70 delitos en las 47 sentencias (Figuras 21 y 22). Esto se debe a que hubo sujetos que cometieron diferentes delitos, o varios delitos del mismo tipo.

Figura 21

Tipología de los delitos cometidos por los autores con esquizofrenia paranoide

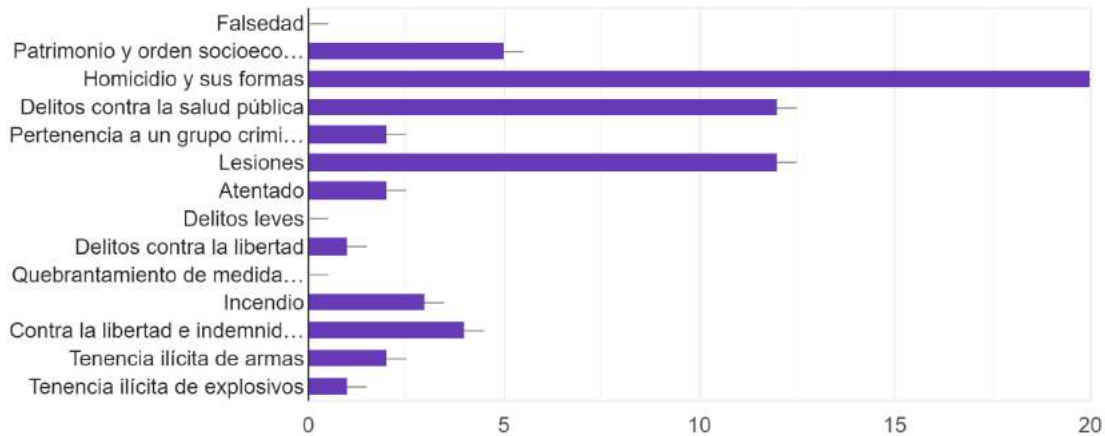
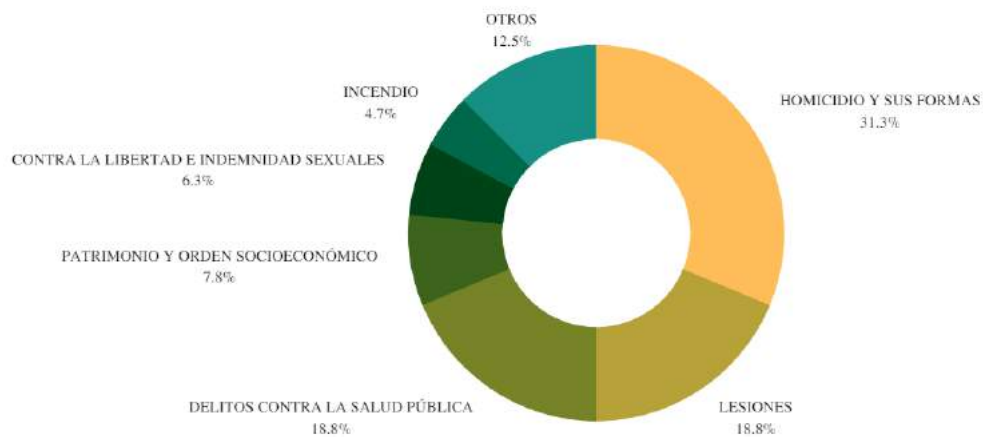


Figura 22

Tipología de los delitos cometidos por los autores con esquizofrenia paranoide

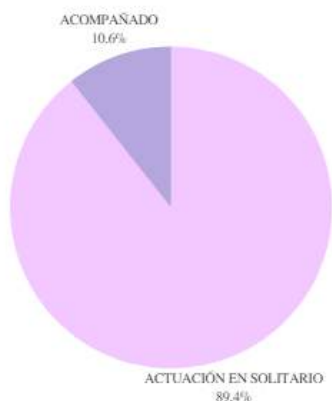


Se cometieron 20 delitos de homicidio y sus formas, seguidos de 12 delitos de lesiones y contra la salud pública. Seguidamente, aparecen los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (5) y contra la libertad e indemnidad sexuales (4).

En este caso, también se atendió al modo de ejecución de los hechos (Figura 23), siendo una minoría los sujetos que actuaron acompañados (5).

Figura 23

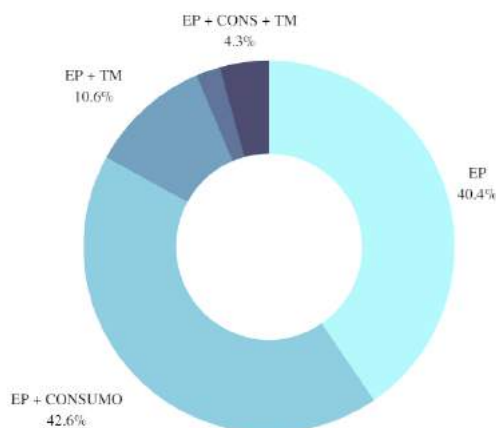
Modo de ejecución de los hechos por parte de los sujetos con esquizofrenia paranoide



Si atendemos a la comorbilidad con otros trastornos, 19 sujetos presentaron únicamente la esquizofrenia paranoide y los 28 sujetos restantes presentaron comorbilidad con otros trastornos, presentando algunos comorbilidad con un solo trastorno, o con dos o más (Figura 24).

Figura 24

Comorbilidad presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide



Nota: EP (Esquizofrenia paranoide) TM (Trastornos mentales) CONS (Consumo)

19 sujetos presentaron únicamente esquizofrenia paranoide, 20 esquizofrenia paranoide y una problemática con sustancias tóxicas, 5 sujetos tenían comorbilidad con un trastorno mental, 1 sujeto estaba diagnosticado de 3 trastornos mentales y finalmente 2 sujetos tenían esquizofrenia paranoide, eran consumidores de drogas y tenían diagnosticado otro trastorno mental.

La comorbilidad presentada por los sujetos y su frecuencia se expone en la Tabla 5.

Tabla 5

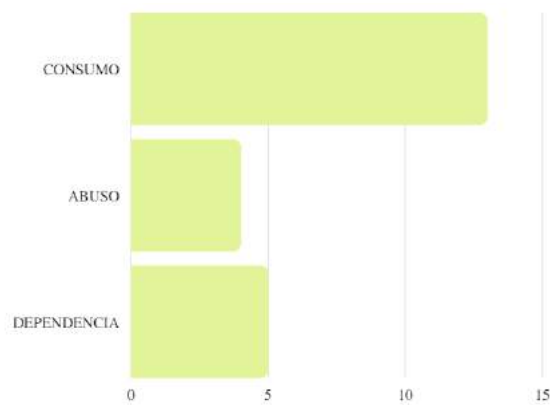
Frecuencia de la comorbilidad con cada trastorno

COMORBILIDAD	SUSTANCIAS	DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	TRASTORNO ANTISOCIAL PERS.	TRASTORNO PERS	TRASTORNO INESTABIL. EMOCIONAL
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	22	6	2	1	1

22 sujetos tenían conductas de riesgo con sustancias. El tipo de problema se reparte en la figura 21

Figura 25

Tipo de problema con el consumo de los sujetos con esquizofrenia paranoide



13 sujetos presentaron problemas de consumo de sustancias, 4 abuso de sustancias. Dependencia de sustancias presentaron 5 sujetos.

En cuanto a si los sujetos juzgados, tenían un tratamiento aplicado para su diagnóstico, 37 de los autores con esquizofrenia paranoide no se encontraba en tratamiento o no consta dicha información en la sentencia. En 6 de las sentencias se hace referencia a sujetos que no seguían el tratamiento, o que lo habían abandonado por voluntad propia y que siguiendo el tratamiento en el momento de los hechos había 4 sujetos.

Figura 26

Prevalencia del tratamiento presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide

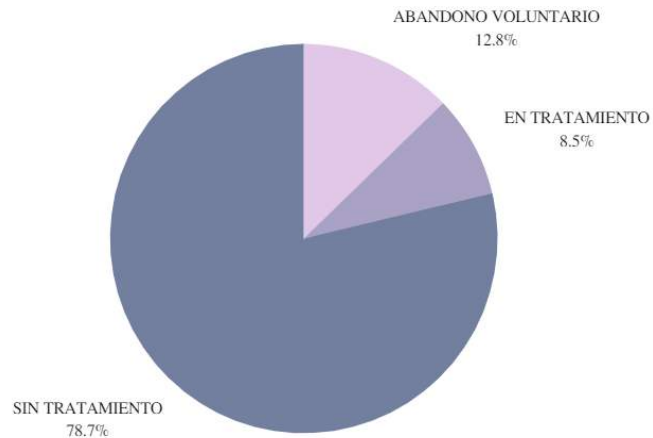
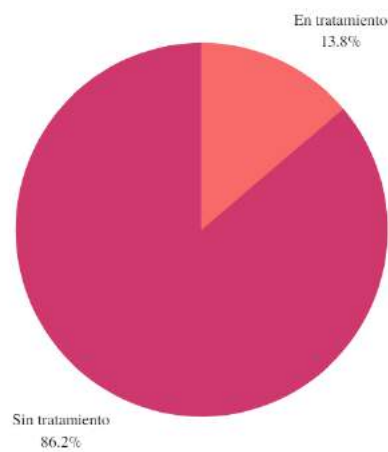


Figura 27

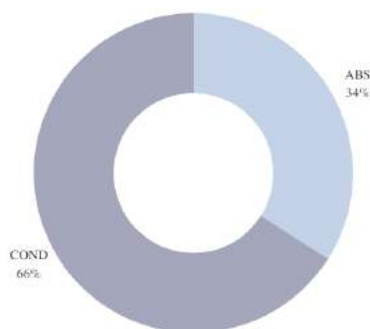
Prevalencia del tratamiento presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide



En cuanto al fallo del tribunal, 16 sujetos han sido absueltos y declarados inimputables. El resto (31), han sido condenados, imputables y culpables (Figura 28).

Figura 28

Fallo aplicado por el tribunal a los sujetos con esquizofrenia paranoide

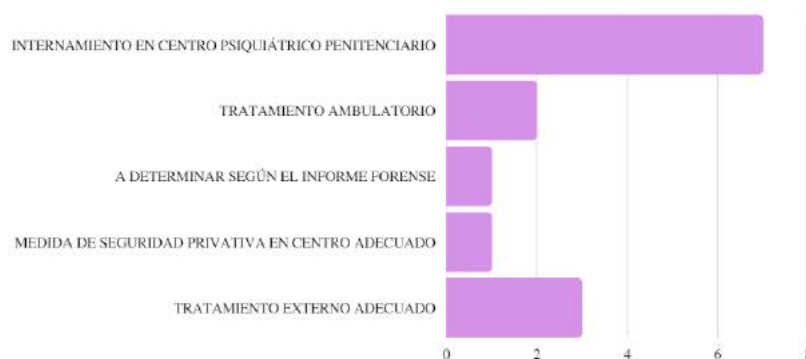


Nota: ABS (Absolutorio) COND (Condenatorio)

Se han aplicado 25 medidas de seguridad de diversa tipología. De éstas 14, son para los sujetos declarados inimputables a los que se le ha impuesto la eximente completa. En cuanto a la tipología aparece en la figura 29. El resto, a sujetos que han visto alterada su responsabilidad criminal con una atenuante.

Figura 29

Medidas de seguridad aplicadas a los sujetos inimputables con esquizofrenia paranoide



En dos sentencias no se especificó qué medida de seguridad se iba a imponer y en cuanto a las medidas de seguridad impuestas a los sujetos imputables, se han decretado 12 que se distribuyen tal y como aparece en la Figura 30.

Figura 30

Medidas de seguridad aplicadas a los sujetos imputables con esquizofrenia paranoide



De las medidas impuestas, 6 son de internamiento; 4 en centro psiquiátrico adecuado para el tratamiento de la enfermedad mental que padece, una para tratamiento en departamento de psiquiatría del centro hospitalario y otra en centro penitenciario psiquiátrico.

Aparecen dos medidas de control y seguimiento médico periódico de la enfermedad que padecen los sujetos.

Se han impuesto también las siguientes medidas con la siguiente frecuencia; medida de seguridad de deshabituación de drogas y sustancias tóxicas (1), tratamiento médico ambulatorio o externo (1) y la obligación de participar en un programa de educación sexual.

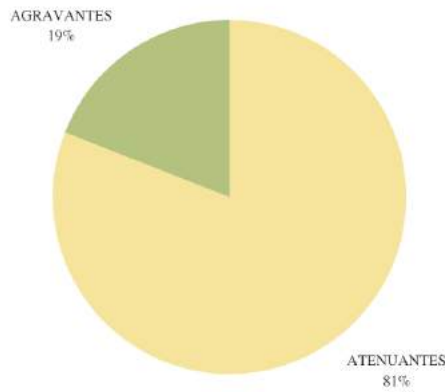
Finalmente, una medida que debe determinarse durante la ejecución, en base al informe médico psiquiátrico.

En el caso de las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal ya se ha hecho mención que fueron 16 los sujetos que han visto cancelada su responsabilidad penal y han sido declarados inimputables. La eximente completa que se les ha aplicado ha sido a todos los sujetos la eximente completa del artículo 20.1 del Código Penal. Es decir, la eximente de alteración o anomalía psíquica.

Si tenemos en cuenta los 31 condenados, ya que el resto han sido absueltos, se han recogido 41 circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. 7 de las cuales han sido agravantes y el resto (34), atenuantes de la pena (Figura 31).

Figura 31

Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal aplicadas



Prácticamente a todos los sujetos se les ha aplicado una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, o bien una eximente completa como en el 34% de los casos, o una atenuante o agravante. Sólo dos han visto inalterada su responsabilidad penal 2 sujetos y 1 la ha visto agravada. 6 sujetos han recibido tanto atenuantes como agravantes y finalmente, 22 sujetos han visto atenuada su pena (Figura 32).

Figura 32

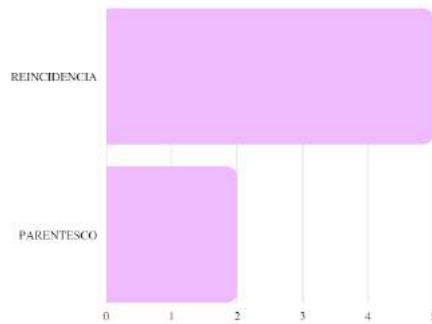
Reparto de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal en los sujetos imputables con esquizofrenia paranoide



Se han aplicado 7 circunstancias agravantes. De las cuales 5, han sido por reincidencia y 2 por parentesco (Figura 33)..

Figura 33

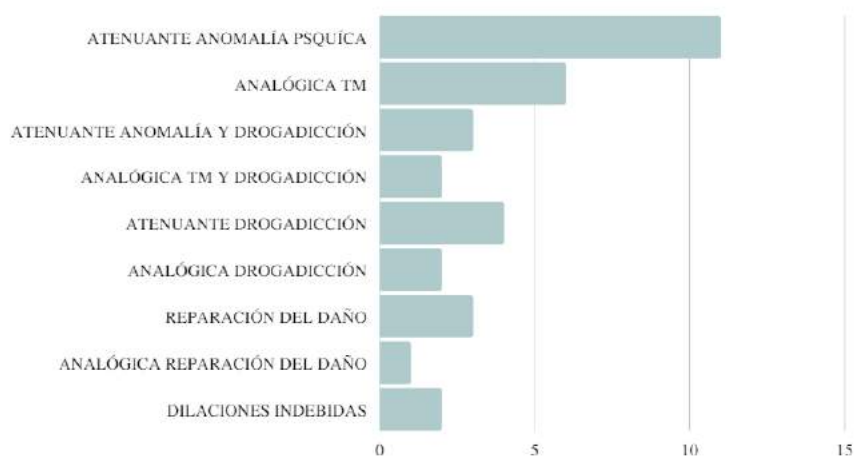
Frecuencia de las circunstancias agravantes de la responsabilidad criminal aplicadas



En cuanto a las 34 atenuantes, se han repartido de la siguiente forma (Figura 34).

Figura 34

Frecuencia de las circunstancias atenuantes de la pena aplicadas a los sujetos con esquizofrenia paranoide



Nota: TM (Trastorno mental)

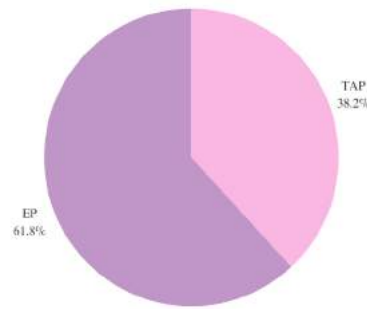
Se han aplicado 11 atenuantes de anomalía psíquica del artículo 21.1 en relación al 20.1. Posteriormente, 6 analógicas de trastorno mental y 4 de drogadicción.

6.4. Análisis de los resultados entre el trastorno antisocial de la personalidad y la esquizofrenia paranoide

El estudio realizado se ha basado en 76 sentencias, de las cuales 47 corresponden a la esquizofrenia paranoide (Tabla 2 anexo II) y 29 al trastorno antisocial de la personalidad (Tabla 1 anexo II).

Figura 35

Trastorno mental del autor



El análisis de la jurisprudencia llevado a cabo en este estudio permite comprobar que la esquizofrenia paranoide es un trastorno enjuiciado con más frecuencia que el trastorno antisocial de la personalidad tal y como se refleja en la Figura 35. Es decir, se han encontrado casi el doble de sentencias de sujetos que padecían esquizofrenia que TAP, por lo que entendemos que son los que más se ven envueltos en conductas problemáticas y delictivas.

El primer dato que se recogió acerca del autor es la edad del sujeto (Tabla 6).

Tabla 6

Edad media del autor según su trastorno

	TAP	EP
EDAD MEDIA	33	39

Nota: EP (Esquizofrenia paranoide) TAP (Trastorno antisocial de la personalidad)

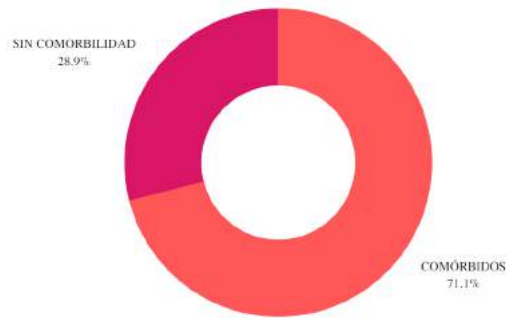
A pesar de estas cifras hay que tener en cuenta que en las sentencias muchos de los datos referidos a la edad de los autores no aparecían, por lo que los resultados de la parte empírica pueden estar sesgados.

En cuanto al sexo de los autores, tanto el TAP como la esquizofrenia paranoide presentan una prevalencia muy superior de varones, siendo que de los 76 sujetos, 70 fueron hombres. En el caso del TAP, únicamente hubo una mujer y 5 fueron las enjuiciadas con esquizofrenia paranoide.

A pesar de que la comparación del estudio se basa en la esquizofrenia paranoide y el trastorno antisocial de la personalidad, hay que tener en cuenta que de las 76 sentencias analizadas, 54 sujetos presentaron comorbilidad con otros trastornos (Figura 36).

Figura 36

Prevalencia de sujetos con TAP y EP con comorbilidad con otros trastornos



De los 29 sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad, 26 presentaban comorbilidad con otros trastornos.. En cuanto a la comorbilidad presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide, 28 de los 47 sujetos tenían diagnosticada otra patología además de la EP.

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad presentaron una comorbilidad con otros trastornos del 89,65%. A diferencia, los sujetos con EP de 59,57%.

En cuanto a la frecuencia de la comorbilidad de estos sujetos, el trastorno de personalidad antisocial ha presentado una comorbilidad muy alta y frecuente con el uso de sustancias (22), discapacidad intelectual (5) y psicosis (4). La combinación presentada por los sujetos con esquizofrenia paranoide ha sido similar: sujetos que presentaban problemas con sustancias tóxicas (22), discapacidad intelectual (6) y trastornos de la personalidad (3).

Tabla 7

Nº de sujetos que presentan comorbilidad con otros trastornos y la tipología

COMORBILIDAD	Consumo de drogas	Discapacidad intelectual	Psicosis	Trastornos de personalidad
TAP	22	5	4	1

ESQ PARANOIDE	22	6		3
---------------	----	---	--	---

Podemos observar que los datos en cuanto a la comorbilidad prácticamente son parecidos, es decir, casi el mismo número de sujetos presenta comorbilidad con los mismos trastornos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que había 29 sujetos con TAP y 47 con EP, por lo que se puede afirmar que los sujetos con el primer trastorno presentan comorbilidad con más frecuencia que los sujetos con esquizofrenia paranoide.

Entre estas comorbilidades presentadas, predomina el consumo de tóxicos. El 75,86% de los sujetos con TAP y el 46,8% de los sujetos con EP presentan un consumo perjudicial de los mismos. Dicha problemática se presenta en la Tabla 8.

Tabla 8

Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos que presentaron los sujetos según su trastorno

	Consumo	Dependencia	Abuso
TAP	6	7	9
EP	13	5	4

En cuanto a la tipología de sustancias se han especificado el alcohol, cannabis, cocaína y sustancias estupefacientes.

Posteriormente, se ha procedido a comparar la tipología delictiva según el trastorno diagnosticado al individuo.

Tabla 9

Tipología y delitos según el trastorno padecido

	Delitos contra las personas y contra la	Contra el patrimonio y	Contra la salud pública

	libertad e indemnidad sexuales	orden socioeconómico	
TAP	15 (33,3%)	11 (24,4%)	4 (8,88%)
EP	36 (56,25%)	5 (7,8%)	12 (18,75%)

Nota: En “delitos contra las personas” se han incluido: delitos de lesiones, delitos de homicidio y sus formas y delitos contra la libertad e indemnidad sexuales.

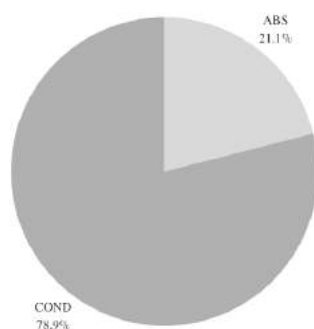
Por lo que respecta a la tipología delictiva llevada a cabo por los sujetos diagnosticados con Trastorno Antisocial de la Personalidad, 13 delitos se agrupan en la categoría “delitos contra las personas” llevando a cabo 7 delitos de lesiones y 6 de homicidio y sus formas. 11 de ellos se engloban dentro de los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. Posteriormente, 5 delitos son de falsedad y 4 son delitos contra la salud pública.

En cuanto a las sentencias de esquizofrenia paranoide analizadas, la tipología predominante fue homicidio y sus formas (20), seguida de 12 delitos de lesiones y contra la salud pública. Posteriormente, aparecen los delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (5) y contra la libertad e indemnidad sexuales (4). Los sujetos con esquizofrenia paranoide se han visto envueltos con más frecuencia que los sujetos con TAP en delitos contra las personas.

Por lo que respecta a la responsabilidad penal de los individuos objeto de estudio, de 76 sentencias, 60 han sido condenatorias y 16 (21.1%) han finalizado con un fallo absolutorio (Figura 37).

Figura 37

Tipo de fallo en las sentencias analizadas



El factor común entre todas las sentencias con fallo absolutorio es que todos los sujetos estaban diagnosticados de esquizofrenia paranoide a quienes se les aplicó la eximente completa de anomalía o alteración psíquica del artículo 20.1 CP.

Además de haber sido los sujetos que más exenciones de responsabilidad penal han recibido, los sujetos con esquizofrenia paranoide han sido también los que más atenuada han visto sus penas ya que el 93,6% de los sujetos han recibido una disminución de su condena frente al 86,2% de los sujetos diagnosticados con trastorno antisocial de la personalidad. En definitiva, la absolución solamente ha correspondido a sujetos con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, siendo también los que con mayor frecuencia han sido declarados semi-imputables.

En cuanto a los sujetos que solo tenían diagnosticado el Trastorno Antisocial de la Personalidad, es decir, que no tenían comorbilidad con otros trastornos; dos recibieron una atenuante (atenuante muy cualificada de alteración psíquica (1), analógica de alteración psíquica (1)) y el tercero no tuvo una atenuante de la pena ya que se valoró que el trastorno no afectaba a sus capacidades intelectivas y volitivas.

De los 26 sujetos que presentaban comorbilidad con otros trastornos, 13 han visto modificada su responsabilidad criminal en base a su drogadicción y 9 han sido declarados semi-imputables por anomalía psíquica. Los 4 sujetos restantes se ha valorado que en el momento de los hechos mantuvieron sus capacidades cognoscitivas y volitivas sin afectación.

En la tabla 10 se representa una comparativa en los niveles de responsabilidad penal según el trastorno padecido por los sujetos.

Tabla 10

Niveles de responsabilidad penal según el trastorno padecido por el sujeto

Trastorno mental	Eximente completa	Eximente incompleta	Atenuante analógica	No afectación de la RP.
TAP		1	1	1
TAP + Consumo		9	2	2

TAP + Otra circunstancia		2		2
TAP + Consumo + Otra circunstancia		6	3	
EP	12	6		1
EP + Consumo	2	9	7	2
EP + Otra circunstancia	2	2	1	1
EP + Consumo + Otra circunstancia		2		
TOTAL (N)	16	37	14	9

Por lo que respecta a la esquizofrenia paranoide, ya se ha mencionado que 16 sujetos han sido declarados inimputables. En cuanto a las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal del resto de sujetos, el órgano juzgador ha aplicado a 14 sujetos la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente incompleta por anomalía psíquica al considerar que sus capacidades intelectivas y volitivas se encontraban parcialmente mermadas al tiempo de cometer los hechos delictivos. Es decir, a pesar de no tener completamente anuladas sus facultades mentales, estos sujetos se hallan en un estado, como consecuencia de su trastorno mental, que les impide actuar con plena voluntad y conocimiento. En definitiva, el órgano juzgador opta por aplicar esta atenuación de la condena cuando no ha quedado probado que en el momento de ejecutar los hechos el acusado se encontrara en un estado de absoluta incapacidad. La aplicación de una eximente incompleta supone la declaración del sujeto como semi-imputable, pudiendo quedar no solo sometido a una pena privativa de libertad, sino también a una medida de seguridad.

En cuanto a la atenuante de grave adicción, han sido 4 los sujetos los que han apreciado una reducción de su condena por concurrir en ellos esta circunstancia. Se trata de supuestos en los que la grave adicción del sujeto motiva su conducta criminal, experimentando una ligera alteración de su conciencia y voluntad.

También se ha aplicado en un total de 10 sujetos la atenuante por analogía, tanto de alteración psíquica (4) como de toxicomanía (3), como de ambas (3), al tener al tiempo de cometer los hechos sus facultades mentales levemente afectadas, sin llegar a cumplir los requisitos exigidos para la apreciación de una eximente incompleta. Es decir, en estos casos, la incidencia en la voluntad y en la capacidad de entendimiento del sujeto es de menor intensidad que la exigida en la eximente incompleta

Con respecto a la imputabilidad de los sujetos con TAP, 11 sujetos han recibido la eximente incompleta de anomalía psíquica, 9 sujetos la de drogadicción, 2 atenuante de analogía psíquica, uno de analogía de drogadicción y 1 de analogía por alteración psíquica y drogadicción.

Los resultados expuestos revelan que el padecer un trastorno mental (de la tipología que sea) no implica que la responsabilidad penal atribuible a cada sujeto deba ser la misma.

6.5. Discusión

El análisis de la jurisprudencia llevado a cabo en este estudio permite comprobar que la esquizofrenia paranoide es un trastorno enjuiciado con más frecuencia que el trastorno antisocial de la personalidad. Es decir, se han encontrado casi el doble de sentencias de sujetos que padecían esquizofrenia que TAP, por lo que entendemos que son los que más se ven envueltos en conductas problemáticas y delictivas. También es cierto que existe una tasa de prevalencia más alta de esquizofrenia que de trastornos de la personalidad en la población general por lo que será más fácil que haya más sujetos envueltos en conductas delictivas (Subdirección General de Información Sanitaria, 2020).

El primer dato que se recogió acerca del autor es la edad del sujeto. En cuanto a la edad media de los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad (33), este dato concuerda con el estudio realizado por González (2011), en que se concluyó que la mayoría de casos con trastorno antisocial de la personalidad se encuentran dentro de la categoría de criminal precoz entremezclándose con la categoría avanzada (de 18 a 40 años) (Figura 4). Cabe destacar que el hecho de que haya menos sujetos adultos de mayor edad con TAP puede explicarse también debido a la inaplicabilidad de los criterios diagnósticos del TAP en individuos de dichas edades.

Por lo que respecta a la edad media (39) de los sujetos con esquizofrenia paranoide. En Estados Unidos, el CDC (2004) reveló 121 000 diagnósticos de esquizofrenia paranoide en

hospitales no federales de estancia breve; la mayoría de los sujetos (62000) estuvo entre los 15 y los 44 años de edad, 37.000 estuvo entre los 45 y los 64 años, y 21000 tuvieron 65 años de edad o más.

En cuanto a la diferencia entre la media de edad entre los sujetos de ambos trastornos, los sujetos con TAP son más jóvenes. Podemos concluir que se trata debido a que tal y como han comprobado los estudios, es posible que este trastorno se torne menos evidente o remita con la edad, sobre todo hacia la cuarta década de la vida en cuanto a la implicación en actos delictivos (APA, 2014). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en las sentencias muchos de los datos referidos a la edad de los autores no aparecían, por lo que los resultados de la parte empírica pueden estar sesgados.

En cuanto al sexo de los autores, tanto el TAP como la esquizofrenia paranoide presentan una prevalencia muy superior de varones. Estos datos concuerdan con trabajos realizados como el de Mulero (2020) que caracteriza a los sujetos con TAP como varones y con lo establecido por el DSM-V (APA, 2014): “La prevalencia más alta del trastorno de la personalidad antisocial (superior al 70 %) se encuentra entre la mayoría de las muestras de varones”. En cuanto a la esquizofrenia paranoide, en Estados Unidos, informes emitidos por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 2004 revelaron 121 000 diagnósticos de esquizofrenia paranoide en hospitales no federales de estancia breve (73 000 varones y 47 000 mujeres). Es decir, se muestra una clara prevalencia superior en hombres en ambos trastornos.

A pesar de que la comparación del estudio se basa en la esquizofrenia paranoide y el trastorno antisocial de la personalidad, hay que tener en cuenta que de las 76 sentencias analizadas, 54 sujetos presentaron comorbilidad con otros trastornos. El estudio de la comorbilidad es importante ya que a la hora de valorar la imputabilidad de una persona no solo se tiene en cuenta su diagnóstico, sino también una gran variedad factores que pueden haber incidido en su conducta entre ellos se encuentra la comorbilidad, que también puede influir en la modificación de la responsabilidad penal (Pintado, 2019).

De los 29 sujetos con Trastorno antisocial de la personalidad, 26 presentaban comorbilidad con otros trastornos (Figura 8 y tabla 7). Los sujetos con TAP presentan comorbilidad con más frecuencia que los sujetos con esquizofrenia paranoide. Según Martín, (2016) es poco común que el TAP se presente de forma aislada, ya que sus expresiones sintomáticas casi siempre se encuentran asociadas a otros trastornos. En palabras de este autor, la comorbilidad

es un factor primordial a tener en cuenta en la realización de un diagnóstico de TAP. Estos datos se confirman en el estudio presente. En cuanto a la frecuencia de la comorbilidad de estos sujetos, el trastorno de personalidad antisocial ha presentado una comorbilidad muy alta y frecuente con el uso de sustancias (22), discapacidad intelectual (5) y psicosis (4).

Entre estas comorbilidades presentadas por ambos trastornos, predomina el consumo de tóxicos. El 75,86% de los sujetos con TAP y el 46,8% de los sujetos con EP presentan un consumo perjudicial de los mismos, siendo las sustancias predominantes el alcohol, cannabis, cocaína y sustancias estupefacientes. Según Esbec y Echeburúa (2016a), el consumo de estas sustancias produce un efecto desinhibidor sobre su conducta que conlleva una reducción de su capacidad de juicio y un aumento de la frecuencia de conductas que se caracterizan por la impulsividad y explosividad con la que son llevadas a cabo (Esbec y Echeburúa, 2016a).

Echeburúa (2018) afirma que el consumo de alcohol y drogas se relaciona en muchas ocasiones con algunos trastornos mentales, actuando como un disparador de múltiples conductas delictivas, especialmente en personas con trastornos de la personalidad, psicosis y otros trastornos. Por lo que respecta a los trastornos de la personalidad, concretamente al grupo B (trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad), son los que con mayor frecuencia se relacionan con el consumo. Esto lo hemos podido comprobar en el estudio ya que son casi el 76% de los sujetos con TAP los que presentan problemas de consumo de sustancias que ha incidido de manera negativa en la evolución de su trastorno y que en 13 de los 22 sujetos dicha problemática ha conllevado una atenuante de su responsabilidad penal.

También ha sido motivo de estudio la relación entre la esquizofrenia y el consumo de drogas, concluyendo que el consumo de sustancias puede desencadenar conductas violentas (Garrido, 2003). En el presente caso, 22 de 47 presentaron una problemática relacionada con tóxicos, en los que es probable que el curso de su enfermedad haya podido verse afectado negativamente por este factor de riesgo. En definitiva, la patología dual juega un papel fundamental en el desarrollo de los comportamientos violentos, siendo el consumo de drogas uno de los predictores de violencia más consistentes entre los sujetos con trastornos mentales (Muñoz, 2014).

Además del padecimiento de otros trastornos mentales comórbidos, y el consumo de alcohol y drogas, otro predictor de la violencia es el haber desarrollado conductas violentas anteriores recientemente (Echeburúa, 2018). Esto es, que una vez que ha surgido el primer episodio de

violencia, la probabilidad de nuevos episodios puede aumentar considerablemente (Rodríguez et al., 2012). Por ello, se recogió información acerca de si los sujetos contaban o no con antecedentes penales ya que a través del análisis de este dato, se examina también la implicación de los sujetos con estos trastornos en la comisión de delitos. En cuanto a los sujetos diagnosticados con TAP, el 65,5% contaban con antecedentes penales. Este dato concuerda con la revisión jurisprudencial de González (2011) que indica que es más frecuente encontrar sujetos con antecedentes penales que sin ellos. Por otro lado, los sujetos con EP presentan antecedentes penales en el 46,8% de los casos. Los antecedentes penales son un riesgo para las conductas delictivas (Mulder et. al., 2011), y estos datos hablan acerca de una mayor probabilidad de desarrollar una carrera criminal ya que la mayoría de casos en el TAP, y la mitad en la EP ya contaban con antecedentes penales en el momento de comisión de nuevos hechos delictivos.

Continuando con los factores de riesgo y variables predictoras de violencia, Esbec y Echeburúa (2016) en su revisión acerca de la esquizofrenia, destacaron como las más importantes el consumo de drogas, la presencia de trastornos de la personalidad a los que ya hemos hecho referencia y finalmente, la ausencia de tratamiento. En cuanto a los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, 4 estaban en tratamiento; 3 de ellos acudían a un centro de deshabitación y 1 seguía un tratamiento por ansiedad por la separación de su pareja. Los 25 restantes no recibían tratamiento alguno. Respecto al tratamiento de los sujetos con TAP, tenemos que tener en cuenta que los sujetos con trastornos de la personalidad tienen un carácter egosintónico y no cuentan con insight sobre sus sesgos adaptativos. Esto dificulta el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado. Además, el problema se agrava cuando estos trastornos se asocian a otras patologías psiquiátricas porque van a condicionar un curso tórpido y un mal pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronificación (Esbec y Echeburúa, 2010).

En cuanto al tratamiento del Trastorno Antisocial de la Personalidad, la intervención psicológica sobre este trastorno en las instituciones penitenciarias es efectiva para mejorar el clima de las prisiones, pero tiene un alcance insignificante cuando el sujeto sale de la prisión (Echeburúa y Corral, 1992). Por ello, las estrategias de prevención en la infancia adquieren un papel especialmente importante. La prevención primaria del trastorno antisocial de la personalidad debe realizarse por medio de una escolarización eficaz (Echeburúa, 1991; Wessler, 1993). Sin embargo, a pesar de que lo expuesto acerca de la dificultad de establecer un tratamiento adecuado para las personas diagnosticadas con TAP, hay que recordar que 26

de 29 sujetos tenían comorbilidad con otros trastornos, por lo que podrían haber estado recibiendo tratamiento para dichos diagnósticos y en consecuencia, mejorar la situación del sujeto ya que cuando estos trastornos se asocian a otras patologías psiquiátricas porque van a condicionar un curso tórpido y un mal pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronificación (Esbec y Echeburúa, 2010).

En el caso de los sujetos con esquizofrenia paranoide, 4 de 47 sujetos seguían el tratamiento establecido: uno de ellos padecía esquizofrenia paranoide con descompensaciones en las que sufría percepciones que consideraba reales, otro recibía tratamiento con metadona y para su esquizofrenia de tipo paranoide. Los dos últimos recibían tratamiento para la esquizofrenia. La ausencia de tratamiento por parte de los 43 sujetos restantes confirman los factores de la revisión de Esbec y Echeburúa (2016). Estos mismos autores afirman que los pacientes con esquizofrenia paranoide no son necesariamente más peligrosos que la población general cuando están en tratamiento. Sin embargo, el 91% de la muestra no está recibiendo dicho tratamiento por lo que su enfermedad puede encontrarse descompensada (Volavka, 2002). Según Volavka (2002), estos sujetos una vez compensados, bien por tomar la medicación correspondiente o bien por dejar de consumir sustancias tóxicas, cesan su violencia.

Por lo que respecta a la tipología delictiva llevada a cabo por los sujetos diagnosticados con Trastorno Antisocial de la Personalidad, la tipología más frecuente ha sido delitos de lesiones y homicidio y sus formas (“delitos contra las personas”). Según González (2011), las características intrínsecas del TAP favorecen su implicación en todo tipo de actos delictivos o conductas que vulneren los derechos de los demás. Esbec y Echeburúa (2010) identifican varios motivos por los que emerge la ira en el TAP: por el sentimiento de odio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía. En cuanto a la manera de llevar a cabo la comisión del delito, 27 de los 29 sujetos lo hicieron en solitario (93,1%). Esto lo confirma González (2011) afirmando que en general los sujetos con TAP no necesitan a nadie para llevar a cabo las acciones delictivas que realizan con el único fin de sacar algún provecho para sí mismos

Las sentencias de esquizofrenia paranoide analizadas revelan que la tipología de delitos contra las personas ha predominado con diferencia. 36 de los 47 sujetos, han llevado a cabo delitos que son considerados graves para las personas: homicidio, lesiones y contra la libertad e indemnidad sexuales. Estos datos, concuerdan con la evidencia empírica, según la cual, los sujetos que padecen este trastorno mental pueden protagonizar con más frecuencia delitos

violentos. Dichas conductas pueden desencadenarse debido a las alucinaciones y delirios característicos del trastorno (Romero y de Dios, 2019). Además, la violencia ejercida por pacientes diagnosticados de esquizofrenia suele ser endonuclear, (Bazán, 2016), es decir, es habitual que estos sujetos ejerzan la violencia sobre algún familiar cercano, en este sentido, cabe mencionar que 7 sujetos con esta patología han cometido un delito de homicidio y sus formas, contra uno de los padres, tanto consumado como en grado de tentativa (Leganés, 2010). Y en general, la víctima era conocida en el 34% de los casos. Todos los delitos en los que la víctima era conocida, eran delitos del homicidio y sus formas o contra la libertad e indemnidad sexuales.

Por lo que respecta a la víctima de los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad era conocida en el 51,7 % de los casos. Este dato concuerda con la revisión jurisprudencial realizada por González (2011).

La imputabilidad se basa en un sistema mixto o biológico-psicológico por el que se rige el Derecho Penal español (Pintado, 2019). Este sistema consta de dos componentes: un criterio psicopatológico (el diagnóstico clínico) y un criterio médico-legal (la relación específica de las funciones psíquicas afectadas con los hechos de autos que han dado lugar al procedimiento judicial) (Maza, 2013b). Es decir, el órgano juzgador, a la hora de valorar la imputabilidad de un sujeto que ha cometido un delito atenderá al origen de la alteración mental (criterio biológico), y al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas (criterio psicológico). En definitiva, un sujeto será declarado inimputable cuando además de tener diagnosticado un trastorno mental, se demuestre que su padecimiento ha afectado a sus capacidades mentales, impidiéndole comprender la ilicitud de su conducta o actuar conforme a la misma (Muñoz y García, 2015).

Según la doctrina del Tribunal Supremo, la afectación de esta capacidad debe ser probada como el hecho delictivo mismo (Martínez, 2005; Esbec y Gómez, 2000). En conclusión, que el fallo sea condenatorio o absolutorio va a depender del estado en el que las facultades mentales del sujeto se encuentren al tiempo de cometer el delito (Vázquez, 2005), completamente anuladas, mermadas o si las ha conservado plenamente (Pena, 2018; Vázquez, 2005).

Por lo que respecta a este estudio, de 76 sentencias, 60 han sido condenatorias y 16 (21.1%) han finalizado con un fallo absolutorio. Todas ellas corresponden a los sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide. A pesar de que la STS 466/ 2009 de 2 de julio señala que la mera

presencia de una anomalía o alteración psíquica puede no determinar la exención completa de la pena y puede ser irrelevante a la hora de determinar la responsabilidad penal del sujeto que la padecía, hay algunas patologías que tienden a ser con más frecuencia exentas de responsabilidad penal. En este sentido, Pintado (2019) afirma que no hay un criterio permanente que sirva de base para determinar la imputabilidad. Sin embargo, la misma afirma que hay ciertas psicopatologías que con mayor frecuencia conllevan una exención o disminución de la condena, como puede ser el caso de la esquizofrenia paranoide. Esto lo corroboramos con el presente estudio, siendo el 34% de los sujetos que padecían esquizofrenia paranoide que han sido absueltos de responsabilidad criminal y declarados inimputables y 0% los sujetos diagnosticados con Trastorno Antisocial de la Personalidad que han sido declarados exentos de responsabilidad penal. En definitiva, la absolucón solamente ha correspondido a sujetos con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, siendo también los que con mayor frecuencia han sido declarados semi-imputables.

En cuanto a la responsabilidad penal de los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, la doctrina entiende que salvo que el trastorno sea grave o se encuentre asociado a otras patologías relevantes, no dará lugar a una exención completa o incompleta de la responsabilidad, pudiendo acordarse únicamente una atenuación simple, siempre y cuando exista una relación entre el trastorno y el hecho cometido (Al-Fawal, 2013). Esto se confirma en parte en la presente revisión ya que sólo fueron 4 los sujetos con TAP que no recibieron ninguna circunstancia atenuante modificativa de su responsabilidad criminal.

En cuanto a los sujetos que solo tenían diagnosticado el Trastorno Antisocial de la Personalidad, es decir, que no tenían comorbilidad con otros trastornos; dos recibieron una atenuante (atenuante muy cualificada de alteración psíquica (1), analógica de alteración psíquica (1)) y el tercero no tuvo una atenuante de la pena ya que se valoró que el trastorno no afectaba a sus capacidades intelectivas y volitivas. Como solo fueron 3 sujetos, se trata de una muestra muy pequeña por lo que no se pueden sacar conclusiones respecto al tratamiento de este trastorno únicamente con estos datos. No obstante, según la revisión de sentencias realizada por González (2011) acerca de los trastornos de la personalidad, el mero diagnóstico de TAP no suele considerarse como anomalía psíquica capaz de alterar las capacidades cognitivas y/o volitivas del imputado. No obstante, que no sea la regla general no implica que el diagnóstico de TAP y una afectación a las capacidades de dicha persona, no pueda conllevar una disminución de responsabilidad penal.

De los 26 sujetos con TAP que presentaban comorbilidad con otros trastornos, 13 han visto modificada su responsabilidad criminal en base a su drogadicción y 9 han sido declarados semi-imputables por anomalía psíquica. Los 4 sujetos restantes se ha valorado que en el momento de los hechos mantuvieron sus capacidades cognoscitivas y volitivas sin afectación.

Las sentencias del Tribunal Supremo 211/2011, de 30 de marzo y 1111/2005, de 29 de septiembre, dicen 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 (16 sujetos con EP); 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.

PARTE III. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES GENERALES

Los trastornos mentales y de conducta pueden ser diagnosticados en cualquier persona. Se calcula que en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año trastornos mentales (World Health Organization, 2001). El DSM-5 sostiene que ninguna definición puede abarcar todos los aspectos de todos los trastornos mentales pero los define como síndromes caracterizados por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (APA, 2014). Tal y como afirma el DSM-V (APA, 2014), no existe una definición que recoja completamente todos los aspectos de los trastornos mentales ya que existen diferencias y entre ellos, y cada uno de estos padecimientos se manifiestan de distinta manera y tendrán un curso y evolución

diferente en cada persona que puede estar condicionado por diversos factores. Además, la etiología de los trastornos mentales es muy variada y en muchos casos no está clara (Pintado, 2019).

Con frecuencia se ha considerado la conducta delictiva como el reflejo de una psicopatología (González, 2011). La delincuencia puede ser definida como la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado, y que están representados en el ordenamiento jurídico. Esta transgresión puede ir o no acompañada de conductas violentas (Echeburúa, 1998). La violencia, en su caso, es una agresividad descontrolada sin un perfil adaptativo que cuenta con un carácter destructivo, es decir se trata de conductas intencionales dirigidas a causar daño (Echeburúa, 2018). Este fenómeno tiene un origen complejo y multicausal y puede manifestarse de distintas maneras (Echeburúa, 2019). A pesar de la gran visibilidad que tiene la violencia, es un fenómeno poco frecuente (Echeburúa, 2019). Esta gran visibilidad, ha llevado a la sociedad a asociar la delincuencia o la violencia a los trastornos mentales (González, 2011). Esta asociación se denomina hipótesis psicopatológica y está basada en la creencia popular de que la mayor parte de la criminalidad es protagonizada por enfermos mentales (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018).

Si bien es cierto que el padecimiento de una enfermedad mental puede resultar un riesgo para la violencia o para las conductas delictivas (Echeburúa, 2018), esta cuestión depende de muchos otros factores, por lo que no se puede afirmar que siempre sea consecuencia de la misma (Romero y de Dios, 2019). En cualquier caso, la relación existente entre la violencia y los trastornos mentales es compleja y multidireccional (Echeburúa, 2018) y considerar a las personas violentas como enfermos mentales supone estigmatizar a personas con un trastorno mental que no han hecho ni harán ningún mal (Navío, 2017).

La agresividad viene predeterminada desde nacimiento como una respuesta adaptativa, una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Sin embargo, cuando la interpretación del entorno es defectuosa, todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada, con miedo o violencia extrema (Niehoff, 1999), siendo este el caso de algunos trastornos mentales (Echeburúa, 2018). Los delitos violentos más graves hacen pensar frecuentemente en la presencia de una patología psíquica relevante. Lo primero que hay que preguntarse es si este sujeto presenta algún trastorno psiquiátrico, si está bajo los efectos de una droga (Echeburúa, 2018).

Los principales trastornos mentales asociados a los comportamientos violentos son los siguientes: trastornos psicóticos, alcoholismo y toxicomanías, parafilias, celos patológicos, depresión, trastorno bipolar, reacciones postraumáticas, discapacidad intelectual, demencias y trastornos del control de impulsos. Siendo estos los trastornos mentales más propensos a desarrollar conductas violentas en los sujetos que los padecen, de la revisión realizada por Pintado (2019) se concluyó que de entre dichos diagnósticos, la esquizofrenia paranoide y los trastornos de la personalidad son los que predominan entre la población psiquiátrica implicada en este tipo de actos. En este sentido, este trabajo ha tenido como objetivo el estudio y análisis del trastorno antisocial de la personalidad y la esquizofrenia paranoide, su relación con el delito y su implicación jurídico forense.

El TAP constituye uno de los trastornos que mayor interés jurídico y forense ha despertado, ya que estos sujetos son los que más delinquen de entre todos los tipos de sujetos que tienen un trastorno de la personalidad y, en consecuencia, los que mayor alarma social producen (Cuello, 2002) pues son transgresores sistemáticos de las normas sociales (Fonseca, 2007). La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta (Kaplan y Sadock, 1998; Vallejo, 2001). Se trata de un trastorno que conlleva conductas transgresoras observables como el incumplimiento de las normas sociales; un déficit en el control de impulsos que se manifiesta a través de su comportamiento impulsivo o fracaso para planear con antelación; y la ausencia de remordimientos (San Juan y Vozmediano, 2018). Por su parte, el trastorno con más interés jurídico-forense es la esquizofrenia de tipo paranoide por los actos violentos y delictivos que con gran frecuencia se presentan debido a las manifestaciones psicopatológicas que le son propias (APA, 2002). Se caracteriza por el predominio de síntomas positivos como ideas delirantes y alucinaciones auditivas, además de una relativa conservación de las capacidades cognitivas (Romero y de Dios, 2019). Manifiesta ideas delirantes y trastornos de la percepción (Smith, 2001) que pueden predisponer al paciente a conductas suicidas o a realizar actos violentos.

En la revisión de sentencias realizada en el presente estudio, la muestra más representativa ha sido de la esquizofrenia paranoide. Estos sujetos se han caracterizado por ser varones, con una media de edad de 39 años y la mitad poseían antecedentes penales, siendo el 11% reincidentes. Los sujetos con TAP, por su parte se caracterizaron por ser varones, con una media de 33 años de edad y el 66% de los sujetos presentaron antecedentes penales, siendo el

20% reincidentes. Estos datos muestran que si bien hay más representación de la esquizofrenia paranoide en los tribunales de justicia, es más frecuente encontrarse con un sujeto con TAP que haya empezado una carrera delictiva. Esto los hace peligrosos ya que el haber desarrollado conductas violentas anteriores recientemente es un predictor de futura violencia (Echeburúa, 2018).

Continuando con los factores de riesgo y variables predictoras de violencia, Esbec y Echeburúa (2016) en su revisión acerca de la esquizofrenia, destacaron como las más importantes el consumo de drogas, la presencia de trastornos de la personalidad a los que ya hemos hecho referencia y finalmente, y la ausencia de tratamiento. En cuanto a este último punto, el 91% de la muestra de los sujetos con esquizofrenia paranoide no estaba recibiendo tratamiento. Este factor puede facilitar las conductas delictivas, pues si bien estos pacientes no son más peligrosos que la población general cuando están en tratamiento (Esbec y Echeburúa, 2016), lo cierto es que si no lo reciben, su enfermedad puede encontrarse descompensada (Volavka, 2002).

La comorbilidad es un factor muy importante y tiene influencia en el desarrollo de conductas delictivas. Los resultados del estudio han revelado que el consumo de alcohol y drogas se relaciona en muchas ocasiones con algunos trastornos mentales, actuando como un disparador de múltiples conductas delictivas, especialmente en personas con trastornos de la personalidad y en personas con un trastorno de esquizofrenia (Echeburúa, 2018). En este sentido, 28 sujetos de 47 con esquizofrenia paranoide mostraron comorbilidad con otros trastornos. Entre ellos, 22 presentaron una problemática relacionada con tóxicos, en los que es probable que el curso de su enfermedad haya podido verse afectado negativamente por este factor de riesgo ya que el consumo de sustancias puede desencadenar conductas violentas (Garrido, 2003). Además, presentaron comorbilidad con la discapacidad intelectual y con trastornos de personalidad mayoritariamente.

Por lo que respecta a los 29 sujetos con TAP, el 89,65% presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales destacando el consumo de tóxicos (75,86%). También mostraron alta frecuencia en comorbilidad con la discapacidad intelectual y la psicosis. Estos resultados revelan lo que los estudios avalan y es que es inusual que un Trastorno Antisocial de la Personalidad se presente de forma aislada, ya que sus expresiones sintomáticas casi siempre se encuentran asociadas a otros trastornos (Martín, 2016).

Además, este estudio permite afirmar que hay una relación existente entre la comorbilidad de los sujetos con TAP, esquizofrenia paranoide, consumo de sustancias tóxicas y discapacidad intelectual. En definitiva, la patología dual juega un papel fundamental en el desarrollo de los comportamientos violentos, siendo el consumo de drogas uno de los predictores de violencia más consistentes entre los sujetos con trastornos mentales (Muñoz, 2014).

Respecto al tratamiento recibido por los sujetos con TAP, el 86,2% no recibían tratamiento. Si bien es cierto que los sujetos con trastornos de la personalidad tienen un carácter egosintónico y no cuentan con insight sobre sus sesgos adaptativos, lo que dificulta el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado. Sin embargo, los sujetos con TAP mostraban comorbilidad con otras patologías que pueden ser tratadas para mejorar el pronóstico del sujeto ya que cuando un TAP se asocia a otras patologías psiquiátricas condicionan un curso tórpido y un mal pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronificación (Esbec y Echeburúa, 2010).

Los resultados hallados en cuanto a la tipología delictiva de estos sujetos revelan que en ambos trastornos la categoría más frecuente fue la de delitos contra las personas destacando los delitos de homicidio y sus formas y los delitos de lesiones. Además, si combinamos esta categoría con la de los delitos contra la indemnidad sexual, que a mi parecer son delitos muy graves por las devastadoras consecuencias que estos delitos tienen en la víctima, el 56,25% de los sujetos con EP cometieron un delito de esta tipología, siendo un 33,3% en los sujetos con TAP. Los sujetos con esquizofrenia paranoide se han visto envueltos con más frecuencia que los sujetos con TAP en delitos contra las personas. Hay que recordar que quienes padecen este diagnóstico no suelen ser conscientes de la desconexión que experimentan de la realidad y que actúan motivados por imperiosas fuerzas internas, una combinación de factores que puede provocar en el sujeto actos muy peligrosos y violentos (Pintado, 2019). Además, la violencia ejercida por pacientes esquizofrénicos suele ser endonuclear, (Bazán, 2016), es decir, es habitual que estos sujetos ejerzan la violencia sobre algún familiar cercano, en este sentido, cabe mencionar que 7 sujetos con esta patología han cometido un delito de homicidio y sus formas, contra uno de los padres, tanto consumado como en grado de tentativa (Leganés, 2010). Además, la víctima de los delitos cometidos por estos sujetos era conocida en el 34% de los casos siendo todos esos delitos de homicidio y sus formas o contra la libertad e indemnidad sexuales.

Por lo que respecta al trastorno antisocial de la personalidad, según González (2011), las características intrínsecas del TAP favorecen su implicación en todo tipo de actos delictivos o

conductas que vulneren los derechos de los demás. Esbec y Echeburúa (2010) identifican varios motivos por los que emerge la ira en el TAP: por el sentimiento de odio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía. Además, el resto de delitos que ha aparecido con más frecuencia han sido contra el patrimonio y orden socioeconómico y contra la salud pública, estos últimos delitos en el caso de los esquizofrénicos paranoides han sido en su gran mayoría (91,6%) cometidos por sujetos con problemas con el consumo de tóxicos.

En cuanto a la responsabilidad penal atribuida a estos sujetos, la imputabilidad en el Derecho Penal español, se basa en un sistema mixto o biológico-psicológico que consta de dos componentes; un criterio psicopatológico (el diagnóstico clínico) y un criterio médico-legal (la relación específica de las funciones psíquicas afectadas con los hechos de autos que han dado lugar al procedimiento judicial) (Maza, 2013b). Es decir, el órgano juzgador, a la hora de valorar la imputabilidad de un sujeto que ha cometido un delito atenderá al origen de la alteración mental (criterio biológico), y al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas (criterio psicológico). Para esta valoración, desde la Sala de Justicia se solicita a los psicólogos y psiquiatras que determinen, mediante evaluación, la enfermedad mental del encausado y, cómo afecta esta a sus capacidades cognitivas o volitivas (Arce et al., 2014).

Por lo que respecta a este estudio, de 76 sentencias, 60 han sido condenatorias y 16 (21.1%) han finalizado con un fallo absolutorio. Es importante resaltar que la absolución de la condena sólo ha correspondido a sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide, siendo también los sujetos que en mayor medida han sido declarados semi-imputables y que, por ende, han visto reducida su condena al considerar que sus capacidades intelectivas y volitivas se encontraban parcialmente mermadas al tiempo de cometer los hechos delictivos. Es decir, a pesar de no tener completamente anuladas sus facultades mentales, estos sujetos se hallan en un estado, como consecuencia de su trastorno mental, que les impide actuar con plena voluntad y conocimiento.

A pesar de que el padecimiento de esquizofrenia paranoide se ha asociado más a la absolución de la condena que el trastorno antisocial de la personalidad, los resultados expuestos revelan que el padecer un trastorno mental (de la tipología que sea) no implica que la responsabilidad penal atribuible a cada sujeto deba ser la misma. En conclusión, el órgano juzgador competente tras una valoración exhaustiva de cada caso y atendiendo a las

circunstancias personales de cada sujeto y analizando la incidencia del trastorno sobre su voluntad y capacidad de entendimiento y el grado de afectación de dichas capacidades, decidirá sobre el grado de imputabilidad atribuible a cada sujeto pudiendo ser declarado imputable, semi-imputable e inimputable. A la hora de la valoración, cobra especial importancia la figura del perito quien se encargará de realizar un dictamen en el que evaluará capacidades cognitivas, trastornos mentales y otras características psicológicas que puedan estar relacionadas con los hechos imputados ya que en el ámbito penal además de demostrar y probar la culpabilidad del hecho antijurídico, se debe acreditar también la responsabilidad o imputabilidad (Garrido et al., 2006).

En definitiva, a pesar de la asociación popular entre la violencia y los trastornos mentales y la creencia de que se trata de personas incurables o peligrosas no corresponde con la realidad de los estudios que señalan que las personas con trastornos mentales son con más frecuencia víctimas que agresores (Esbec, 2013), no obstante cuando una persona padece un trastorno puede llegar a cometer un acto criminal por diversos factores. Los estudios sobre la relación entre el trastorno mental y la conducta violenta revelan que estos factores que se asocian a la violencia en las personas con un trastorno mental, también son predictores de violencia significativos para los sujetos sin trastornos mentales. Por ello, no se demuestra el efecto independiente del trastorno mental sobre la violencia ejercida por el sujeto (Harris & Lurigio, 2007).

8. REFERENCIAS

Addad, M., Benezech, M., Bourgeois, M. y Yesavage, J. (1981). Criminal acts among schizophrenics in French mental hospitals. *Journal of Nervous Mental disease*, 169, 289–293, doi: 0.1097/00005053-198105000-00004

Addington, A. M., Gornick, M., Duckworth, J., Sporn, A., Gogtay, N., Bobb, A., ... & Straub, R. E. (2005). *Molecular psychiatry*, 10(6), 581-588.

Aguilar Cárceles, M. M. (2017). La inadecuada identificación de la psicopatía con el trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (19-13), 1-40. <http://criminet.ugr.es/recpc/>

Al-Fawal Portal, M. (2013). *Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal y enfermedad mental* (27-204). Barcelona: JM BOSCH.

Alegria A. A., Blanco C., Petry N. M., Skodol AE, Liu S. M., Grant B, et al. (2013) Sex differences in antisocial personality disorder: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personality Disorders*; 4(3):214–22. [DOI: 10.1037/a0031681]

American Psychiatric Association (1999). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (APA), (2014). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, Washington

Arce, R., Novo, M., y Amado, B. G. (2014). Evaluación psicológica forense de la imputabilidad. En D. B. Wexler, F. Fariña, L. A. Morales, y S. P. Colín (Comps.), *Justicia terapéutica: Experiencias y aplicaciones* (pp. 153-160). México DF: Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Aravena Lopetegui, V., García Retamales, C. & Miranda Torres, K. (2021). *Trastornos de Personalidad*. [Trabajo fin de grado, Universidad Autónoma de Chile]. https://www.academia.edu/50001953/Trastorno_de_personalidad_trastorno_de_personalidad_antisocial

Andrés-Pueyo, A. (Octubre, 2008). *El riesgo de violencia, la delincuencia violenta y su gestión penitenciaria*. [Comunicación en congreso]. En VV.AA., V Jornadas de Atip en Almagro. Madrid: ATIP.

Arbach-Lucioni, K. & Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28, pp. 174-186 <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1501.pdf>

Arendt, H. (1999).. *De la historia a la acción*. Barcelona: Paidós.

Arce, R., Novo, M., y Amado, B. G. (2014). Evaluación psicológica forense de la imputabilidad. En D. B. Wexler, F. Fariña, L. A. Morales, y S. P. Colín (Comps.), *Justicia terapéutica: Experiencias y aplicaciones* (pp. 153-160). México DF: Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, T. J. y Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 970–986. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.979>

Avia, M. D. (1989). Alteraciones de la personalidad y personalidades anómalas, en E. Ibañez y V. Pelechano (eds.): *Personalidad*, Alhambra, Madrid.

Balsis, S., Gleason, M. E., Woods, C. M., & Oltmanns, T. F. (2007). An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychology and aging*, 22(1), 171. doi:10.1037/0882-7974.22.1.171.

Bazán, L. (2016). Evaluación psicológico-forense de la imputabilidad. Un estudio de caso. (Trabajo Fin de Máster, Universidad de Santiago de Compostela, España). <https://masterpsicologiatojfis.wordpress.com/call-for-master-2015-2016-img/>

Becker, H. S. (1963) *Outsiders*. New York: Free Press

Benavides Nieves, M. D. (2010). *Psicología en el Sistema de Responsabilidad Penal*. (Trabajo fin de grado, Universidad Cooperativa de Colombia)

Black D. W, Baumgard CH, Bell SE, Kao C. (1996) Death rates in 71 men with antisocial personality disorder. A comparison with general population mortality. *Psychosomatics*;37(2):131-6. DOI: 10.1016/S0033-3182(96)71579-7

Black D. W. (2015) The natural history of antisocial personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*; 60(7):309-14. DOI: 10.1177/070674371506000703

Black, D. W. (2019). Antisocial personality disorder: Epidemiology, clinical manifestations, course and diagnosis. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate.

Bernardo M, Safont G, Oliveira C. (2014). Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos graves. Proyecto "Monitor". *Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departamento de Salud*; 2014. http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/recomend_esquizofre_cast.pdf

Borbón Rodríguez, D. A. (2021). Trastorno de la personalidad antisocial desde el neuroderecho: responsabilidad penal, libre albedrío y retos de política criminal. *Revista Mexicana de Ciencias Penales*, 4(13), 187-218.

Borrás L. (2002) *Asesinos en serie españoles*. Barcelona: Bosch Editor, 2

Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis

Caballo, V. E., Guillén, J. L., y Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *PSICO*, 40(3), 319-327.

Caballo, V. E, Salazar, I & Carroble, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. España, editorial Pirámide.

Campero Encinas, D., Campos Lagrava, H., & Campero Encinas, M. (2009). Esquizofrenia: la complejidad de una enfermedad desoladora. *Revista científica ciencia médica*, 12(2), 32-37.

Cano Lozano, M. C. (2006). Evaluación psicológica de la imputabilidad. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez, y G. Buena-Casal (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 157-173). Madrid: Biblioteca Nueva.

Cano Lozano, M.C., Ribes Sarasol, I., & Contreras Martínez, L. (2008). Análisis psicológico y jurídico de las Sentencias del Tribunal Supremo que eximen o atenúan la responsabilidad penal por motivos psicológicos. En Rodríguez, F.J., Bringas, C., Fariña, F., Arce, R. y Bernardo, A. (Eds.). *Psicología Jurídica. Entorno Judicial y Delincuencia*. Colección *Psicología y Ley*, num. 5, pp. 73-84. *Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

Cano Lozano, M. C. (2015). Trastornos mentales y responsabilidad penal. *Univeridad de Jaén*. <https://psicologiajuridica.org/psj208.htm>

Carpenter WT, Tandon R. (2013). Psychotic disorders in DSM-5: Summary of changes. *Asian J Psychiatr* 6 (3): 266-8.

Carrasco Gómez, J. J. y Maza Martín, J. M. (2005). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense* (3. ed.). Madrid: La Ley Actualidad.

Carrasco Gómez, J.J. y Maza Martín, J.M. (2010). *Tratado de Psiquiatría Legal y Forense* (257-1.766). Madrid: LA LEY.

CDC, C. p. (2004). *Esquizofrenia Paranoide*. Atlanta: Editorial CDC.

Celedón, L., y Brunal, B. (2011). Estudio de factores cognitivos, volitivos y psicopatológicos de la inimputabilidad. *Revista Pensando Psicología*, 7(13), 173-184.

Código Penal [CP]. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*;188:423-31. [DOI: 10.1192/bjp.188.5.423] [PMID: 16648528]

Coid, J., Yang M., Roberts, A. Ulrich S. (2006). Violence and psychiatric morbidity in a national household population: a report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology*, 164, pp. 1199-1208.

Coid, J. (2007). Poblaciones penitenciarias: trayectoria criminal y reincidencia. En Oldham, J.M., Skodol, A.E. y Bender, D.S. (dir.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*, pp. 581-608. Barcelona: Masson.

Coid JW, Yang M, Ullrich S, Hickey N, Kahtan N & Freestone M. (2015). Psychiatric diagnosis and differential risks of offending following discharge. *International Journal of Law and Psychiatry*; 38:68-74. DOI: 10.1016/j.ijlp.2015.01.009

Crowe RR. (1974) An adoption study of antisocial personality. *Arch Gen Psychiatry*. 31(6):785-91. doi: 10.1001/archpsyc.1974.01760180027003.

Cuello Contreras, J. (2002). El Derecho Penal español. Parte General. Nociones introductorias. *Teoría del delito*, 3ª ed., Dykinson, Madrid

Cuesta Pastor, P. J. (2014). La imputabilidad como capacidad de culpabilidad. *Revista jurídica de la Región de Murcia*, (48), 47-69.

Davies S, Clarke M, Hollin C & Duggan C. (2007). Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. *British Journal of Psychiatry*;191:70-4. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.029215

De Dios Molina, M., Trabazo Arias, V., López Sánchez, L y Fernández Liaño, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(2), 101-126.

DeLisi M, Drury AJ & Elbert MJ. (2019) The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. ;92:1-6. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.04.001

Díaz de Liaño Díez, L. (2021). *Trastornos de la Personalidad e Imputabilidad*. (Trabajo fin de grado, Universidad Pontificia de Comillas)

Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B. y Parente, F. (2012). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143–155. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>

Echeburúa, E. (1991): Personalidad y delincuencia: una revisión crítica, *Cuadernos de Política Criminal*, (43), 69-74.

Echeburúa, E, y Corral, P.(1991): Las nosologías psiquiátricas vigentes (el DSM-III-R y el ICD-10) y la evaluación conductual: un análisis crítico, *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (18), 34-41.

Echeburúa, E. (ed.) (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (1998) *Personalidades Violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Echeburúa, E. (2018). *Violencia y trastornos mentales (27-104)*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Echeburúa, E. (2019). *Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja*. Pirámide

Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, (4), 139-146.

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

Echeburúa, E., y Amor, P. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 59-76.

Echeburúa, E. & Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En P. García-Medina, J. M. Bethencourt-Pérez, E. Sola-Reche, A. R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (dirs.), *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales* (pp. 1-22). Granada: Comares

Esbec, E. (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia) en psicología forense: aproximación conceptual e histórica. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(2), 45-64.

Esbec, E. (2005). "Violencia y trastorno mental", en Arrieta Martínez, A. (director), *Cuadernos de Derecho Judicial. Psiquiatría criminal y comportamientos violentos*, núm. VIII, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, pp. 59 y ss.

Esbec, E. (2013). Trastornos de la personalidad en psiquiatría forense. Violencia y trastornos de la personalidad. En S. Delgado y J. M. Maza (eds.), *Psiquiatría Legal y Forense* (pp. 179-207). Barcelona: Bosch.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(5), 249-261.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016a). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de psicología jurídica*, 26(1), 70-79.

Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016b). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28, 48-56.

Esbec E., & Gómez Jarabo G. (2000) Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. *Edisofer*; Madrid.

Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M. y Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 301, 2016–2023. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.675>

Fernández Entralgo, J. (1994). El tratamiento jurídico-penal de los trastornos mentales. En Delgado Bueno, S. (dir.). *Psiquiatría Legal y Forense*, vol. I, pp. 555-600. Madrid: Colex

First, M. B., Frances, A. & Pincus, H. A. (2005). *DSM-IV-TR: Guía de uso*. Barcelona: Masson.

Folino, J.O. (2003). Trastorno antisocial de la personalidad en prisioneros. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata*, 1.

Fonseca, G. M. (2007). *Exención y atenuación de la responsabilidad criminal por anomalía o alteración psíquica. Especial referencia a su tratamiento jurisprudencial*. (Tesis doctoral,

Universidad de Granada, España). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1584/1/16741006.pdf>

Fragkaki I, Cima M, Verhagen M, Maciejewski DF, Boks MP, van Lier PAC, Koot HM, Branje SJT & Meeus WHJ. (2019) Oxytocin Receptor Gene (OXTR) and Deviant Peer Affiliation: A Gene-Environment Interaction in Adolescent Antisocial Behavior. *Journal of Youth and Adolescence* 48(1):86-10. DOI: 10.1007/s10964-018-0939-x

Frances, A. J., y Widiger, T. (1986): The classification of personality disorders: An overview of problems and solutions, en A. Frances y R. Hales (eds.); *Personality Disorders*. APA Annual Review (vol. 5), American Psychiatric Press, Washington.

Freedman R. (2003). Schizophrenia. *The New England journal of medicine*; 349(18): 1738-49.

Fridell, M., Hesse, M., Jaeger, M., Kühnhorn, E. (2008). Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addictive Behaviors*, 33, pp. 799-811.

Fuentes Iglesias, C. (2012). Enfermedad mental y delito. *Derecho y salud mental: la psiquiatría ante el ordenamiento jurídico* (127-133). Madrid: Arán

Gallach, E. (2011). Factores de éxito en la integración laboral de personas con trastorno mental grave. *Psiquiatría.com* [Internet]. citado 07 May 2022];19:54. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/1362/1239>

García Andrade, J. (2002). *Psiquiatría criminal y forense*, 2ª ed., Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid.

Garrido, E., Masip, J., y Herrero, C. (2006). *Psicología Jurídica* (592-602). Pearson Educación, S. A., Madrid.

Garrido Genovés, V. (2003). *Los delincuentes con trastornos mentales graves. psicópatas y otros delincuentes violentos* (161-201). Valencia: Tirant lo blanch

Garrido, V. (2004). Tratamiento del agresor psicopático. En J. Sanmartín Espulges (Coord.), *El Laberinto de la Violencia: Causas, Tipos y Efectos* (pp. 321-330). Barcelona: Ariel.

Gibbon S, Khalifa NR, Cheung NH-Y, Völlm BA, McCarthy L. (2020) Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD007668. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub3.

Gisbert, J. A., Sánchez, A. y Castellano, M. (2004a). Psicosis endógenas (I). En J. A. Gisbert Calabuig y E. Villanueva (eds.), *Medicina Legal y Toxicología* (6.ª ed.) (pp. 1140-1155). Barcelona: Masson.

González Guerrero, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes. Modus operandi y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. Vol. 7. pp. 19-39.

González Guerrero, L. (2011). Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal. *UCM*.

González, L. y Graña. J. L. (2014). Psicopatología, criminodinamia y repercusiones forenses de los trastornos de la personalidad. En E. García-López (ed.), *Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia* (pp. 208-228). Colombia: Manual Moderno.

González Pablos, E. (2009). Comorbilidad en la esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas*. (197).

Grella, C.E., Joshi, V. y Hser, Y.I. (2003). Followup of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25 (3), pp. 155-164.

Guizar Vázquez J. J. (2003) *Genética clínica. 3 ed.* México: Editorial El Manual Moderno. pp. 251-7

Guy N, Newton-Howes G, Ford H, Williman J & Foulds J. (2018) The prevalence of comorbid alcohol use disorder in the presence of personality disorder: systematic review and explanatory modelling. *Personality and Mental Health*; 12(3):216-28. DOI: 10.1002/pmh.1415

Hare R. (1991). *The psychopathy checklist revised. Multi-health systems*, Toronto.

Hare, R. (2000). La naturaleza del psicópata: algunas observaciones para entender la naturaleza depredadora humana. En A. Raine y J. Sanmartin (eds.), *Violencia y psicopatía* (pp. 15-58). Barcelona: Ariel.

Harris A. & Lurigio A. (2007). Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior*; 12:542-51.

Hernández Ávila, C.A., Bursleson, J.A., Poling, J., Tennen, H., Rounsaville, B.J. y Kranzler, H.R. (2000). Personality and substance use disorders as predictors of criminality. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (4), pp. 276-283.

Hernández, F. (2015). La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 83-97.

Hikal, W. (2009). Criminología de la salud mental. El diagnóstico de la personalidad y los criterios patológicos. *Revista Electronica de PortalesMedicos.com*

Hollin, Clive, R. (1989). *Psychology and Crime: Introduction to Criminological Psychology*. Routledge.

Holzer, K. J., & Vaughn, M. G. (2017). Antisocial personality disorder in older adults: a critical review. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 30(6), 291-302.

Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2.* https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Jacquet, H., Demily, C., Houy, E., Hecketsweiler, B., Bou, J., Raux, G., ... & Campion, D. (2005). Hyperprolinemia is a risk factor for schizoaffective disorder. *Molecular psychiatry*, 10(5), 479-485.

Jiménez, M. P., Ramos, F. & Sanchís, M. C. (2001). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Coords.). *Manual de psicopatología* (vol. 2) (pp. 473-502). Madrid: McGraw-Hill.

Johnson, J.G, Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J.M., Skodol, A.E. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behaviour during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1406-1412

Joyal, C.C, Putkonen, A., Paavola, P. & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, (34), 433-442.

Kalish, Richard A. (1978). *Psicología de la Conducta Humana*. Volumen 6. Paidós. Buenos Aires.

Kanazawa, S., & Still, M. C. (2000). Why men commit crimes (and why they desist). *Sociological theory*, 18(3), 434-447. doi:10.1111/0735-2751.00110.

Kaplan Harold. I. & Sadock, J. (1998). *Sinopsis de psiquiatría*. 8a ed. Editorial Panamericana, Madrid.

Krasnova A, Eaton WW, Samuels JF. (2019). Antisocial personality and risks of cause-specific mortality: results from the Epidemiologic Catchment Area study with 27 years of follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, ;54(5):617-25. DOI: 10.1007/s00127-018-1628-5

Larsson, L., Grimby, G., & Karlsson, J. (1979). Muscle strength and speed of movement in relation to age and muscle morphology. *Journal of Applied Physiology*, 46(3), 451-456.

Lawton, E. M., Shields, A. J., & Oltmanns, T. F. (2011). Five-factor model personality disorder prototypes in a community sample: self-and informant-reports predicting interview-based DSM diagnoses. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 279. doi:10.1037/a0022617

Llera, E. (2009). Relevancia jurídica de los trastornos de la personalidad. En A. Medina, M. J. Moreno, R. Lillo y J. A. Guija (eds.), *Conductas perversas. Psiquiatría y Ley* (pp. 131-179). Madrid: Triacastela.

Loinaz, I., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología conductual*, 19(2), 421-438.

López, A. (2016). Evaluación psicológico forense de la responsabilidad criminal. Un estudio de caso. (Trabajo Fin de Máster, Universidad de Santiago de Compostela, España) https://www.researchgate.net/publication/308899286_Evaluacion_psicologico_forense_de_la_responsabilidad_criminal_Un_estudio_de_caso

López Miguel, M.J. & Nuñez Gaitán, M.C (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica (REIC)*, 7(1), 1-17

López, S. e Ibarra, M. (2013). Esquizofrenia. *Revista de Actualización Clínica*, 35, 1804-1809.

Marín Ortiz, V. H. (2016). *Revisión del trastorno antisocial de la personalidad*. (Trabajo fin grado Universidad de Antioquia)

Martínez Garay L. (2005). *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*. Tirant lo Blanch.

Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2018). *Trastorno antisocial de la personalidad*. Rochester. Minnesota, Estados Unidos
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/antisocial-personalitydisorder/symptoms-causes/syc-20353928>

Maza, J. M. (2013a). La imputabilidad. En S. Delgado y J. M. Maza (eds.), *Psiquiatría Legal y Forense* (pp. 247-267). Barcelona: Bosch.

Maza, J. M. (2013b). La semi-imputabilidad y otras circunstancias de atenuación de la responsabilidad criminal de carácter psíquico. En S. Delgado y J. M. Maza (eds.), *Psiquiatría Legal y Forense* (pp. 269-287). Barcelona: Bosch.

McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. (2010) A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry* ;10:33. [DOI: 10.1186/1471-244X-10-33]

McGorry, P. D. (2010). Risk syndromes, clinical staging and DSM-V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophrenia Research*, 120, 49-53

McGuire, J. (2004). *Understanding psychology and crime: Perspectives on theory and action*. McGraw-Hill Education (UK).

Millon, T. (1981): *Disorders of Personality. DSM-III: Axis II*, Wiley, New York.

Millon, T. (1990): *Toward a New Personology: An Evolutionary Model*. Wiley. New York

Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson (4ª ed. 2004)

Millon T. (2004). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. TEA Ediciones, Madrid.

Millon, T., y Davis, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2ª Edición, Elsevier Masson.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, 2ª ed., Masson, Barcelona

Ministerio del Interior. Gobierno de España. (2019, octubre). ANUARIO ESTADÍSTICO DEL MINISTERIO DEL INTERIOR (N.o 2019). <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/dam/jcr:bc430ca0-cda4-48fa-a639-eb1d08caac0b/Anuario%20Estad%20C3%ADstico%20del%20Ministerio%20del%20Interior%202019.pdf>

Mir Puig, S. (2003). *Introducción a las bases del derecho penal*. Montevideo: B de F

Molina, J., Trabazo, V., López, L., y Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *Psykhé*, 8(2), 101-126.

Montañés, B. (2009). Responsabilidad criminal y psicopatología. En J. Burón (ed.), *Psicología médico-forense: la investigación del delito*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Moran P. (1999) The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* ;34(5):231-42. [PMID: 10396164]

Mulder, E. Brand, E. Bullens, R. y van Marle, H. (2011). Risk Factors for Overall Recidivism and Severity of Recidivism in Serious Juvenile Offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. vol. 55 no. 1 pp 118-135

Mulero Giménez, N. (2020). *Valoración de los trastornos de personalidad del clúster B en la jurisprudencia española*. (Trabajo fin de grado, Universidad Pompeu Fabra)

Muñoz Conde, F. y García Arán, M. (2015). *Derecho penal. parte general*, (54-390). Valencia: Tirant lo Blanch

Muñoz, J., Amores, F. (2011). El comportamiento antisocial como trastorno primario y la comorbilidad de otros trastornos en la infancia y la adolescencia. *Revista psicología.com,,*

1-11.

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1264/1168/>

Muñoz Sánchez, J. (2014). Responsabilidad penal del drogodependiente. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 16(03), 1-27

Navío, M. (2017). Matar a un ruiseñor. *El País*, 29 de agosto de 2017, p.14.

National Institute for Health and Care Excellence. (2015) *Personality disorders: borderline and antisocial*. www.nice.org.uk/guidance/qs88. [ISBN: 978-1-4731-1247-6]

Niehoff, D. (1999). *The Biology of Violence (How Understanding the Brain, Behavior, and Environment Can Break the Vicious Circle of Aggression)* (1.a ed.). Free Press.

Nielsen, O. (2015). Preventing violence in schizophrenia. *Evidence-based Psychiatric Care*, 1, 15–18.

Núñez, M. C., y López, J. L. (2009). Psicopatología y delincuencia: Implicaciones en el concepto de culpabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud OMS, (2008). *Trastornos Mentales*.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017) *Mental Health action Plan 2013-2020*; 1:54

Ortega Gran, I. (2015). *Delincuentes con trastorno esquizofrénico: ¿ mayores probabilidades de reincidir?*. (Trabajo fin grado, Universidad de Alicante). <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/47973>

Ortega Monasterio, L. (1991). *Psicopatología Jurídica y Forense*. PPU. Barcelona

Ortiz Valero, T. y Ladrón de Guevara Guerrero, J. (1998). *Lecciones de psiquiatría forense*. Granada: Comares.

Pallaro, H. A., & González-Trijueque, D. (2009). Informe forense: imputabilidad y trastorno antisocial de la personalidad. *Cuadernos de medicina forense*, (55), 55-66.

Pena Sendón, I. (2018). Evaluación psicológico-forense de la imputabilidad y la responsabilidad penal. Un estudio de caso. *Universidad de Santiago de Compostela*

Pérez, E., (2015). *Psicología, derecho penal y criminología*. Bogotá: Temis

Pichot-Pierre, López-Ibor, Juan-J, & Valdés-Miyar. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.

Pinker, S. (2012). *Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones*. Barcelona: Paidós.

Pintado García, O. (2019). Trastornos mentales y violencia: Implicaciones jurídico forenses. *International e-journal of criminal sciences*, (13), 3.

Pintado García, O. (2019). *Trastornos mentales y violencia: Implicaciones jurídico forenses*. (Trabajo fin de grado, Universidad del País Vasco)

Posininsky, H. y Schaumburg, C. (1998). *¿Qué es la esquizofrenia? Una enfermedad y las posibilidades de su tratamiento*. Barcelona, España. Herder.

Psiquiatría (2005). *Manual CTO* 6a edición. Madrid. McGraw-Hill. 23-7

Puerta, L. R. (2006). Causas de inimputabilidad: anomalías y alteraciones psíquicas. Trastorno mental transitorio. *Estudios de derecho judicial*, (110), 35-92.

Raine, A., y Sanmartín, J. (2002)., *Violencia y psicopatía*, 2ª ed., Ariel, Barcelona, pp. 5 y ss.

Rodríguez Pulido, F., Delgado, S. y Márquez, I. (2012). Trastornos mentales y violencia. Aspectos generales. En S. Delgado (ed.), *Tratado de medicina legal y ciencias forenses* (vol. 4) (pp. 1183-1199). Barcelona: Bosch.

Romero Álvarez, J. J., & de Dios Molina Martín, J. (2019). Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018. *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, (2), 81-126.

Ruiz-Iriondo, M., Salaberría, K. y Echeburúa, E (2013). Análisis y tratamiento de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 52-59.
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-52-59-311703.pdf>

Rufilanchas, M., y Arch, M. (2016) Trastornos psicóticos desde una perspectiva jurídica. En R. Arce, B. G. Amado y M. Vilariño (Eds.), *IX Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense* (pp. 252-253). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

Rutherford, M.J., Cacciola, J.S. y Alterman, A.I. (1999). Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *American Journal of Psychiatry*, 156 (6), pp. 849-856.

Rosenblum, L. (2011). *Trastorno antisocial de la personalidad*. Western New York Urology Associates. <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=127457>

Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.

Rojas, J. M. (2013). La imputabilidad y el tratamiento del disminuido psíquico en el proceso penal. *Derecho Penal y Criminología*, 34(97), 43-64.

Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1995). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Harvard University Press.

San Juan, C. y Vozmediano, L. (2018). Psicopatología y criminalidad. *Psicología Criminal* (145-174). Madrid: Síntesis.

Saavedra Juan, J. (1972). Esquizofrenia Paranoide. *Revista Médica de Costa Rica XXXIX*. (434), 33-42.

Sanmartín, J. (2010). Concepto y tipos de violencia. En J. Sanmartín, R. Gutiérrez Lombardo, J. Martínez Contreras y J. L. Vera (eds.), *Reflexiones sobre la violencia* (pp. 11-33). México, DF: Siglo XXI.

Sánchez Lizausaba, J. (2008). La enfermedad mental y el delito. *Fábrica visual*. http://sanliz.com/content/index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=10

Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2014). Biological insights from 108 schizophrenia – associated genetic loci. *Nature*, 511 (7510), 421 – 427. DOI:10.1038/nature13595

Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia 587/2013 (Sala de lo Penal, Sección 2ª) de 26 de julio de 2013 (recurso 85/2013)

Sentencia del Tribunal Supremo 1095/1995 (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 5 de diciembre de 1995 (recurso 100/1993)

Sentencia del Tribunal Supremo 1218/1979 (Sala de lo Penal) de 19 de noviembre de 1979

Sentencia del Tribunal Supremo 466/2009 (Sala de lo Civil) de 2 de julio de 2009 (recurso 344/2004)

Sentencia del Tribunal Supremo 94/2010 (Sala de lo Social, Sección 4ª) de 11 de marzo de 2010 (recurso 135/2009)

Sentencia del Tribunal Supremo 175/2010 (Sala de lo Contencioso) de 8 de abril de 2010 (recurso 1325/2006)

Sentencia del Tribunal Supremo 211/2011 (Sala de lo Penal) de 30 de marzo (recurso 11009/2010)

Sentencia del Tribunal Supremo 226/2010 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª) de 23 de abril de 2010 (recurso 6615/2003)

Sentencia del Tribunal Supremo 407/2005 (Sala de lo Civil) de 2 de junio de 2005 (recurso 4681/1998)

Sentencia del Tribunal Supremo 582/2010 (Sala de lo Civil) de 8 de octubre de 2010 (recurso 2181)

Sentencia del Tribunal Supremo 1111/2005 (Sala de lo Penal) de 29 de septiembre (recurso 986/2004)

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal) de 16 de noviembre de 2011 (recurso 10867/2011)

Singh, P. (2022). Antisocial Personality Disorder and Psychopathy: A Brief Overview. *Journal of Forensic Psychology*, 7, 207.

Silva, A. (2006). *Características cognitivas de pacientes esquizofrénicos evaluados en fase aguda y fase de remisión* (Tesis de pregrado, Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Guadalajara).

Silva Frey, J. E., Mejía Barros, A. D., Quinteros Moyano, G., Romero Minaya, E. A. & Sócola Macas, R. Y. (2018). Caso clínico: Esquizofrenia Paranoide. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 9(1), 36-45.

Sirotych, F. (2008). Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: An evidence-based review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*; 8: 171-94

Smith, R. (2001). *Trabajos Psicoanalíticos (Guía médica familiar)*. Barcelona: Editorial

Orbis. Tornese, E., Albanese, A., & Albanese, H. K. (1991). Consideraciones sobre la anatomía cerebral en la esquizofrenia. Parte II. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 479-494.

Soria, M. A. (2005). *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Pirámide, Madrid.

Soto Rodríguez, L. (2017). *La esquizofrenia en el derecho penal. Análisis de la doctrina del Tribunal Supremo*. (Trabajo fin de grado, Universidad del País Vasco)

Stone, M. H. (2007). Violencia. En Oldham, J.M., Skodol, A.E. y Bender, D.S. (dir.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*, pp. 479-494. Barcelona: Masson.

Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview, *World Psychiatry*, (2), 121-124.

Subijana, I. J. (2017). La justicia terapéutica: un modelo para la salud mental y las adicciones tóxicas. En J. L. de la Cuesta e I. J. Subijana (eds.), *Justicia restaurativa y terapéutica* (pp. 239-248). Valencia: Tirant lo Blanch.

Swanson, J., Borum, R., Swartz, M. y Aldigé-Hiday, V. (1999). Violent behaviour preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior*, 23, 185–204. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022320918171>

Tiffon, B. N. (2008). *Psicología y psicopatología clínica, legal, jurídica, criminal y forense*. Barcelona, España: Bosch Editor.

Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK & Sher KJ. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*; 24(4):412-26. DOI: 10.1521/pedi.2010.24.4.412

Valdés, M. (1991): Trastornos de personalidad, en J. Vallejo (ed.): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 3.º ed., Salvat, Barcelona.

Vallejo-Ruiloba J. (2001). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Masson, Barcelona,

Vázquez, C.; Ring, J., y Avia, M. D. (1990): «Trastornos de la personalidad», en F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.); *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (vol. 2). Interamericana, Madrid.

Vazquez Mezquita, B. (2005). Trastornos Mentales y Responsabilidad. *Manual de Psicología Forense* (219-239). Valencia: Síntesis.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno disocial. *Guía Clínica para el Trastorno Disocial*, Nuevo México, 5-10.

Vicens, E., Tort, V., Duenas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., . . . Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior and Mental Health*, 21, 321–332. <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.815>

Vilariño, M., Alves, A. C., y Amado, B. G. (2016). Perfil clínico y delictivo de una muestra de reclusos inimputables en Portugal. En A. Andrés Pueyo, F. Fariña Rivera, M. Novo y D. Seijo (Eds.), *Avances en Psicología Jurídica y Forense*, (pp. 111-121). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

Van Alphen, S. P. J., Bolwerk, N., Videler, A. C., Tummers, J. H. A., Van Royen, R. J. J., Barendse, H. P. J., ... & Rosowsky, E. (2012). Age-related aspects and clinical implications of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*, 35(1), 27-41. doi:10.1080/07317115.2011.628368

Van den Broeck, J., Rossi, G., De Clercq, B., Dierckx, E., & Bastiaansen, L. (2013). Validation of the FFM PD count technique for screening personality pathology in later middle-aged and older adults. *Aging & mental health*, 17(2), 180-188. doi:10.1080/13607863.2012.717258.

Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence* (2.º ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. (2018) Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*; 213(6):709-15. DOI: 10.1192/bjp.2018.202

Warren, J. y South, S. (2009). A symptom level examination of the relationship between Cluster B personality disorders and patterns of criminality and violence in women. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, pp. 10-17.

Wessler, R. L. (1993): Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad, *Psicología Conductual*, (1), 35-50.

World Health Organization (2001). *The world health report 2001: New understanding, new hope*, Geneva.

9. INFORME EJECUTIVO

El trabajo presentado versa sobre los delitos que han sido cometidos por sujetos que bien padecen un trastorno antisocial de la personalidad o una esquizofrenia paranoide. La elección de estos dos trastornos se justifica debido a que son los dos trastornos que con más frecuencia se presentan en los tribunales de justicia por haberse visto envueltos en un delito. Al tratarse de los trastornos con más interés jurídico-forense, son especialmente interesantes a la hora de valorar tanto su delitología como su imputabilidad. Además, el trabajo ha puesto el foco de atención en los argumentos aportados por el tribunal sentenciador respecto al grado de afectación de las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, así como la influencia de otros trastornos mentales, el consumo de sustancias y el historial delictivo del sujeto en la comisión de nuevos delitos.

Para llevar a cabo el estudio se han analizado 76 sentencias dictadas por las Audiencias Provinciales españolas en los años 2020 y 2021. Partiendo de la revisión de estas sentencias, se han realizado conclusiones de cada trastorno además de una comparativa entre ambos en lo relativo a su relación con las conductas violentas, además de identificar otros factores de riesgo que han podido influir en el delito.

Con la revisión teórica y la aproximación al tema, en primer lugar se han definido los conceptos objeto de estudio y se ha obtenido una primera visión de los trastornos desde una perspectiva psicológica así como sus principales implicaciones jurídico-forenses. Asimismo, se ha profundizado en el concepto de imputabilidad, que es la “capacidad de culpabilidad” y

se trata del objetivo principal de este estudio. A partir de lo expuesto, se pretende obtener el punto de encuentro entre el ámbito médico (psiquiátrico), incluyendo definiciones aportadas por los manuales, los síntomas principales y las características diferenciales, y la perspectiva jurídica, es decir, el ámbito del derecho, centrándome en la repercusión de estas dos alteraciones psíquicas en la ejecución de actos delictivos y en la responsabilidad criminal del autor.

Fundamentación teórica

La delincuencia es la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado, y que están representados en el ordenamiento jurídico. Esta transgresión puede ir o no acompañada de conductas violentas (Echeburúa, 1998). La violencia, en su caso, es una agresividad descontrolada sin un perfil adaptativo que cuenta con un carácter destructivo, es decir se trata de conductas intencionales dirigidas a causar daño (Echeburúa, 2018). Este fenómeno tiene un origen complejo y multicausal y puede manifestarse de distintas maneras (Echeburúa, 2019). A pesar de la gran visibilidad que tiene la violencia, es un fenómeno poco frecuente (Echeburúa, 2019).

Sin embargo, a pesar de que la delincuencia violenta sea un tema que preocupa a la sociedad, España es el segundo país de la Unión Europea con el índice de criminalidad más bajo (San Juan y Vozmediano, 2018). En cuanto a las tipologías delictivas predominantes en nuestro país, los datos facilitados por el Ministerio del Interior en el año 2019 sitúa los delitos contra el patrimonio como los perpetrados con mayor frecuencia en un 77,6%. Aunque el delito violento constituye una menor parte de las tipologías delictivas, el interés por su estudio y prevención es alto ya que es indudable que los delitos violentos generan unas consecuencias más graves para sus víctimas (Echeburúa et al., 2004). Además, este suele estar condicionado por los efectos del alcohol, las drogas y las alteraciones mentales, sobre todo cuando no existe un tratamiento para los sujetos que las padecen. A pesar de que éstas últimas son factor de riesgo para las conductas violentas y a la alarma social suscitada, en parte gracias a los medios de comunicación; la revisión realizada por Echeburúa y Loinaz (2011) no permite afirmar que las personas con trastornos mentales, como norma, sean violentas en general y, a su vez, los sucesos violentos que ocurren en nuestra sociedad los cometen mayoritariamente personas sin trastorno mental.

Si bien no es cierto que la mayoría de los pacientes psiquiátricos sean violentos, existen diversas psicopatologías que guardan una cierta relación con la conducta violenta. A pesar de

esto, el hecho de que un trastorno mental constituya un factor de riesgo delictivo no significa necesariamente que la persona que lo padezca vaya a ejecutar actos delictivos o violentos, sino que existe un mayor riesgo de que desarrolle este tipo de conductas (Pintado, 2019). Además, no todos los diagnósticos se encuentran vinculados de la misma forma a la conducta violenta, pudiendo incidir múltiples factores en la aparición de la misma (Esbec, 2003). Los estudios han demostrado que las psicopatologías que con mayor frecuencia pueden verse involucradas en comportamientos violentos son la discapacidad intelectual, la demencia, la depresión, los trastornos disruptivos, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la personalidad y el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Echeburúa, 2018). Siguiendo esta línea, otras revisiones realizadas han concluido que los trastornos mentales más propensos a desarrollar conductas violentas en los sujetos que los padecen son la esquizofrenia paranoide y los trastornos de la personalidad, concretamente el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Por ello, en este trabajo me he centrado en analizar ambas psicopatologías y sus implicaciones jurídico-forenses.

Antes de pasar a describir TAP y esquizofrenia paranoide se va a realizar una distinción entre los trastornos mentales y los trastornos de la personalidad, ya que a pesar de que ambos son psicopatologías, tienen varias diferencias. Según el DSM-5 los trastornos mentales son síndromes caracterizados por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (APA, 2014). Cada uno de estos padecimientos se manifiestan de distinta manera y tendrán un curso y evolución diferente en cada persona que puede estar condicionado por diversos factores. Además, la etiología de los trastornos mentales es muy variada y en muchos casos no está clara (Pintado, 2019). Los trastornos de personalidad por su parte se corresponden con pautas de conducta crónicas, nocivas, inflexibles y no adaptativas que conducen a limitaciones graves en el ámbito social, laboral... y a un aumento en el malestar subjetivo (Avia, 1989). Las dificultades de adaptación social son probablemente las más características de este tipo de trastornos (Echeburúa, 1998). Los trastornos de personalidad son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en una situación determinada. Reflejan alteraciones más globales de la persona y menos circunscritas a unos síntomas concretos. Son egosintónicos, es decir, no molestos subjetivamente, al menos en la

misma medida en que lo son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales. Por todo ello, se consideran menos «cambiables». Los trastornos de la personalidad se caracterizan por un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aleja de las expectativas del contexto socio-cultural del sujeto. Quienes padecen un trastorno de este tipo destacan por su conflictividad social, por su oposición a las normas y autoridades y por la manipulación que ejercen sobre su entorno. La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta (Kaplan y Sadock, 1998; Vallejo, 2001), habiendo sido este patrón también denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad (APA, 2002). Para que se pueda establecer el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, el sujeto debe tener al menos dieciocho años y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los quince años. El TAP tiende a caracterizarse por un patrón de comportamiento desconsiderado, explotador y socialmente irresponsable, como lo indican el fracaso para adaptarse a las normas sociales, la falsedad, la irritabilidad y la agresividad, despreocupación por la seguridad propia o de los demás e incapacidad para conservar un trabajo o cumplir sus obligaciones financieras (González, 2011). Se trata de un trastorno que suele presentar comorbilidad con otros trastornos y se trata del TP que más se relaciona con el consumo de tóxicos.

Por lo que respecta a la esquizofrenia, desde la Antigüedad se ha utilizado el concepto de locura para referirse a este trastorno, por ser uno de los más alienantes y que provocan comportamientos más anómalos, atípicos y desorganizados, así como un deterioro en la personalidad del sujeto y su invalidez social. Entre los diferentes subtipos de esquizofrenia destaca el tipo paranoide ya que es la tipología que se ve involucrada en delitos violentos con más frecuencia ya que sus manifestaciones psicopatológicas conllevan con frecuencia actos agresivos, violentos y delictivos. Se caracteriza por el predominio de síntomas positivos como ideas delirantes y alucinaciones auditivas, además de una relativa conservación de las capacidades cognoscitivas. Tampoco se encuentran manifestaciones importantes de conductas desorganizadas o catatónicas ni alteraciones del lenguaje. Entre las ideas delirantes que presentan estos sujetos predominan las de persecución autorreferenciales, de influencia, de grandeza, religiosas o de celos. Los delirios persecutorios pueden predisponer al paciente a conductas suicidas, mientras que una combinación de estos con ideas de grandeza e ira pueden desencadenar actos violentos. Además, pueden presentar alucinaciones auditivas,

olfatorias, gustativas y sexuales entre otras. A pesar del deterioro significativo que lleva el trastorno, cuando estos sujetos reciben tratamiento dejan de ser peligrosos ya que su enfermedad está estabilizada, sin embargo, un importante porcentaje de ellos no reciben un tratamiento adecuado. Asimismo, el riesgo delictivo se incrementa con la comorbilidad con otros trastornos mentales o con el consumo de sustancias tóxicas. De hecho, la asociación entre esquizofrenia y consumo de drogas desencadena una de las situaciones de mayor riesgo de conductas violentas de todos los diversos trastornos mentales (Pintado, 2019).

Parte empírica

Para llevar a cabo este estudio se han analizado un conjunto de sentencias dictadas en los años 2020 y 2021 por el correspondiente órgano juzgador en España, relacionadas con el padecimiento del trastorno antisocial de la personalidad y de esquizofrenia paranoide y la comisión de un delito. Estas sentencias han sido recogidas a través de la página web del Centro de Documentación Judicial (Cendoj). Se trata de un órgano técnico del Consejo General del Poder Judicial que se encarga de publicar jurisprudencia oficial. Una vez seleccionadas las sentencias, se ha procedido a realizar una revisión de información de las mismas.

Conclusiones

En la revisión de sentencias realizada en el presente estudio, la muestra más representativa ha sido de la esquizofrenia paranoide. Estos sujetos se han caracterizado por ser varones, con una media de edad de 39 años y la mitad poseían antecedentes penales, siendo el 11% reincidentes. Los sujetos con TAP, por su parte se caracterizaron por ser varones, con una media de 33 años de edad y el 66% de los sujetos presentaron antecedentes penales, siendo el 20% reincidentes. Estos datos muestran que si bien hay más representación de la esquizofrenia paranoide en los tribunales de justicia, es más frecuente encontrarse con un sujeto con TAP que previamente haya empezado una carrera delictiva. Esto los hace peligrosos ya que el haber desarrollado conductas violentas anteriores recientemente es un predictor de futura violencia (Echeburúa, 2018).

Continuando con los factores de riesgo y variables predictoras de violencia, Esbec y Echeburúa (2016) en su revisión acerca de la esquizofrenia destacaron como las más importantes el consumo de drogas, la presencia de trastornos de la personalidad a los que ya hemos hecho referencia y finalmente, y la ausencia de tratamiento. En cuanto a este último

punto, el 91% de la muestra de los sujetos con esquizofrenia paranoide no estaba recibiendo tratamiento. Este factor puede facilitar las conductas delictivas, pues si bien estos pacientes no son más peligrosos que la población general cuando están en tratamiento (Esbec y Echeburúa, 2016), lo cierto es que si no lo reciben, su enfermedad puede encontrarse descompensada (Volavka, 2002).

Los resultados del estudio han revelado que el consumo de alcohol y drogas se relaciona en muchas ocasiones con algunos trastornos mentales, actuando como un disparador de múltiples conductas delictivas, especialmente en personas con trastornos de la personalidad y trastornos de esquizofrenia (Echeburúa, 2018). En este sentido, 28 sujetos de 47 con esquizofrenia paranoide mostraron comorbilidad con otros trastornos. Entre ellos, 22 presentaron una problemática relacionada con tóxicos, en los que es probable que el curso de su trastorno haya podido verse afectado negativamente por este factor de riesgo ya que el consumo de sustancias puede desencadenar conductas violentas (Garrido, 2003). Además, presentaron comorbilidad con discapacidad intelectual y trastornos de personalidad mayoritariamente.

Por lo que respecta a los 29 sujetos con TAP, el 89,65% presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales destacando el consumo de tóxicos (75,86%). También mostraron alta frecuencia en comorbilidad con la discapacidad intelectual y la psicosis. Estos resultados revelan lo que los estudios avalan y es que es inusual que un Trastorno Antisocial de la Personalidad se presente de forma aislada, ya que sus expresiones sintomáticas casi siempre se encuentran asociadas a otros trastornos (Martín, 2016). En definitiva, la patología dual juega un papel fundamental en el desarrollo de los comportamientos violentos, siendo el consumo de drogas uno de los predictores de violencia más consistentes entre los sujetos con trastornos mentales (Muñoz, 2014).

Respecto al tratamiento recibido por los sujetos con TAP, el 86,2% no recibían tratamiento. Si bien es cierto que los sujetos con trastornos de la personalidad tienen un carácter egosintónico y no cuentan con insight sobre sus sesgos adaptativos, lo que dificulta el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado. Sin embargo, los sujetos con TAP mostraban comorbilidad con otras patologías que pueden ser tratadas para mejorar el pronóstico del sujeto ya que cuando un TAP se asocia a otras patologías psiquiátricas condicionan un curso tórpido y un mal pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronificación (Esbec y Echeburúa, 2010).

Los resultados hallados en cuanto a la tipología delictiva de los sujetos objeto de estudio revelan que en ambos trastornos la categoría más frecuente fue la de delitos contra las personas, en las que he incluido delitos de lesiones, homicidio y sus formas y delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. El 56,25% de los sujetos con EP cometieron un delito contra las personas, siendo un 33,3% en los sujetos con TAP.

Los sujetos con esquizofrenia paranoide se han visto envueltos con más frecuencia que los sujetos con TAP en delitos contra las personas. Hay que recordar que quienes padecen este diagnóstico no suelen ser conscientes de la desconexión que experimentan de la realidad y que actúan motivados por imperiosas fuerzas internas, una combinación de factores que puede provocar en el sujeto actos muy peligrosos y violentos (Pintado, 2019).

La violencia ejercida por pacientes esquizofrénicos suele ser endonuclear, (Bazán, 2016), es decir, es habitual que estos sujetos ejerzan la violencia sobre algún familiar cercano, en este sentido, cabe mencionar que 7 sujetos con esta patología han cometido un delito de homicidio y sus formas, contra uno de los padres, tanto consumado como en grado de tentativa (Leganés, 2010). Además, la víctima de los delitos cometidos por estos sujetos era conocida en el 34% de los casos siendo todos esos delitos de homicidio y sus formas o contra la libertad e indemnidad sexuales.

Por lo que respecta al trastorno antisocial de la personalidad, según González (2011), las características intrínsecas del TAP favorecen su implicación en todo tipo de actos delictivos o conductas que vulneren los derechos de los demás. Esbec y Echeburúa (2010) identifican varios motivos por los que emerge la ira en el TAP: por el sentimiento de odio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía.

Además, el resto de delitos que ha aparecido con más frecuencia han sido contra el patrimonio y orden socioeconómico y contra la salud pública, estos últimos delitos en el caso de los esquizofrénicos paranoides han sido en su gran mayoría cometidos por sujetos con problemas con el consumo de tóxicos (91,6%)

En cuanto a la responsabilidad penal atribuida a estos sujetos, la imputabilidad en el Derecho Penal español, se basa en un sistema mixto o biológico-psicológico que consta de dos componentes; un criterio psicopatológico (el diagnóstico clínico) y un criterio médico-legal (la relación específica de las funciones psíquicas afectadas con los hechos de autos que han dado lugar al procedimiento judicial) (Maza, 2013b). Es decir, el órgano juzgador, a la hora

de valorar la imputabilidad de un sujeto que ha cometido un delito atenderá al origen de la alteración mental (criterio biológico), y al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas (criterio psicológico). Para esta valoración, desde la Sala de Justicia se solicita a los psicólogos y psiquiatras que determinen, mediante evaluación, la enfermedad mental del encausado y, cómo afecta esta a sus capacidades cognitivas o volitivas (Arce et al., 2014).

Por lo que respecta a este estudio, de 76 sentencias, 60 han sido condenatorias y 16 (21.1%) han finalizado con un fallo absolutorio. Es importante resaltar que la absolución de la condena sólo ha correspondido a sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide, siendo también los sujetos que en mayor medida han sido declarados semi-imputables y que, por ende, han visto reducida su condena al considerar que sus capacidades intelectivas y volitivas se encontraban parcialmente mermadas al tiempo de cometer los hechos delictivos. Es decir, a pesar de no tener completamente anuladas sus facultades mentales, estos sujetos se hallan en un estado, como consecuencia de su trastorno mental, que les impide actuar con plena voluntad y conocimiento.

Los resultados expuestos revelan que el padecer un trastorno mental (de la tipología que sea) no implica que la responsabilidad penal atribuible a cada sujeto deba ser la misma.

En conclusión, el órgano juzgador competente tras una valoración exhaustiva de cada caso y atendiendo a las circunstancias personales de cada sujeto y analizando la incidencia del trastorno sobre su voluntad y capacidad de entendimiento y el grado de afectación de dichas capacidades, decidirá sobre el grado de imputabilidad atribuible a cada sujeto pudiendo ser declarado imputable, semi-imputable e inimputable.

A la hora de la valoración, cobra especial importancia la figura del perito quien se encargará de realizar un dictamen en el que evaluará capacidades cognitivas, trastornos mentales y otras características psicológicas que puedan estar relacionadas con los hechos imputados ya que en el ámbito penal además de demostrar y probar la culpabilidad del hecho antijurídico, se debe acreditar también la responsabilidad o imputabilidad (Garrido et al., 2006).

Ámbitos de mejora

En cuanto a las limitaciones encontradas en el estudio, la falta de información en muchas sentencias limita la recogida de datos para el trabajo. Las sentencias no proporcionaron toda

la información que habría sido deseable encontrar para analizar las variables de estudio propuestas, siendo muchos los casos en los que no se pudieron cubrir todos los datos.

Hay que tener en cuenta que la relación entre estos trastornos con la delincuencia o con la violencia es multifactorial ya que los factores que con más frecuencia se asocian a la conducta violenta en personas con trastornos mentales -como la psicopatía, la conducta antisocial, el abuso/dependencia de drogas o la ira- son predictores de violencia significativos también para los sujetos sin trastornos mentales, por lo que no queda demostrado el efecto directo de dichos trastornos sobre la violencia ejercida por el sujeto (Harris & Lurigio, 2007). Esto quiere decir que la creencia de que los sujetos que tienen un trastorno mental son violentos es errónea.

Una de las conclusiones extraídas relativa a ambos trastornos es la falta de tratamiento recibido por parte de los sujetos. En el caso de la esquizofrenia paranoide, se dice que es posible reincorporarlos a la sociedad a pesar de las conductas violentas, ya que una vez que son medicados y asistidos dejan de ser peligrosos. En cuanto al TAP, este diagnóstico conlleva la etiqueta de intratable y generan rechazo a la hora de tener que aplicarles un tratamiento (Echeburúa, 1998). Los estudios consideran que es importante investigar acerca de tratamientos terapéuticos eficaces, recursos y programas específicos para estas personas (González, 2011), ya que en el caso de que no reciban tratamiento, la evolución de su trastorno puede verse negativamente afectada. La dificultad del tratamiento en estos sujetos se debe al carácter egosintónico de su trastorno. A pesar del transcurso de los años, estudios más recientes han demostrado que ninguna intervención con individuos con TAP mostró un evidente cambio en el comportamiento antisocial (Gibbon et al., 2020). No obstante, estudios han demostrado que algunos tratamientos muestran eficacia en la funcionalidad social y en el control de conductas (Gibbon et al., 2020; Singh, 2022), por lo que estos tratamientos podrían adquirir un papel muy importante ya que la aceptación social y las relaciones interpersonales son fundamentales (Echeburúa, 1991; Wessler, 1993) y el hecho de que los sujetos no reciban tratamiento entorpece el curso de su trastorno.

En el caso de la esquizofrenia también se hace relevante el apoyo del contexto familiar y social ya que la falta de estos también es un factor de riesgo para las conductas delictivas.

Todos estos factores de riesgo además se multiplican cuando se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas. Debido a esto, el tratamiento de estos sujetos se ve empeorado. Si sumamos el incumplimiento del tratamiento, al consumo de sustancias y a otra serie de

características personales o sociales, la evolución del trastorno del sujeto puede conllevar un curso crónico y empeorar. Por ello, es importante identificar los factores de riesgo e intervenir para prevenir la delincuencia futura o actos autoagresivos.

De acuerdo con otros estudios se debe incentivar la investigación multidisciplinar en relación a los trastornos mentales y la conducta delictiva para prevenir acciones futuras, y mejorar la calidad de vida de estos sujetos.

Otro punto en que se debe hacer hincapié para la mejora en el estudio de estos trastornos es el uso de definiciones comunes ya que se ve que por un lado los manuales diagnósticos hacen cambios relevantes para etiquetar los trastornos y por otro, en el ámbito de la justicia no se realizan por lo que se puede generar una confusión. Se deben tomar unas limitaciones establecidas de lo que se trata cada trastorno ya que de no hacerlo, cada experto interpreta de diferente manera el trastorno.

Agentes de interés

Los posibles agentes interesados en conocer este estudio pueden ser muy diversos ya que los trastornos mentales y los delitos implican a profesionales de diferentes disciplinas. Además, también se ven involucrados la víctima, el victimario y las familias de ambos. Por este motivo, el presente trabajo podría ser de interés para muchos sectores de la sociedad. Asimismo, este trabajo puede ser de utilidad para muchas personas involucradas en el ámbito académico (estudiantes o profesores de criminología, derecho, psicología y medicina principalmente, ya que son las disciplinas involucradas directamente con el objeto de estudio).

Entre otros sectores relacionados, nos encontramos con los profesionales de la esfera jurídica, donde los jueces, magistrados y letrados se pronuncian con la ayuda de los peritos sobre la responsabilidad penal de los sujetos con estos trastornos y que hayan cometido un delito. Considero, que a todos los profesionales les incumbe un trabajo académico que estudie su labor. En este sentido, los juristas deben estar informados acerca de los conceptos médicos que son determinantes a la hora de decidir sobre la imputabilidad del sujeto. Igualmente, los abogados podrían estar interesados en este trabajo puesto que así conocerían el estado en cuestión de estos dos trastornos mentales y elaborarían sus pretensiones de la manera más favorable. Como ya he mencionado, el órgano juzgador tomará su decisión en base al informe

de los peritos quienes considero que también pueden ser agentes de interés del trabajo. En cuanto al ámbito privado, nos encontramos con psiquiatras y psicólogos forenses.

Además, los psicólogos clínicos indirectamente están involucrados también ya que como he comentado en el punto anterior, la falta de tratamiento es un factor de riesgo importante en las conductas delictivas de los sujetos por lo que que estos profesionales sean conscientes de este y de los otros factores de riesgo existentes, puede servir para prevenir estas conductas o evitar que vuelvan a suceder.

Por otra parte, considero que puede resultar de importancia para los propios sujetos con estos trastornos, ya que además de conocer los factores de riesgo que podrían propiciar la delincuencia y/o actos violentos, también podrían conocer cuál es la respuesta del Derecho a dicha situación. Asimismo, los familiares y conocidos de estos sujetos también están involucrados ya que en la mayoría de víctimas del TAP la víctima era conocida, y en la esquizofrenia paranoide la violencia destaca por ser endonuclear, por lo que se trata de personas que tienen un mayor riesgo de convertirse en víctimas.

10. ANEXOS

ANEXO I

RESUMEN DE SENTENCIAS UTILIZADAS

TABLA 1 ANEXO

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

NÚMERO SENTENCIA	LOCALIZADOR SENTENCIA	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL IMPUTADO				DELICTOLOGÍA			PSICOPATOLOGÍA
	SENTENCIA N° ROJ	SEXO	EDAD	ANTECEDENTES PENALES	COMORBILIDAD	DELITO	RELACIÓN VÍCTIMA	RESOLUCIÓN	CLAVES RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD PENAL
1	Roj: SAP B 15617/2021 - ECLI:ES:APB: 2021:15617	HOMBRE	30	Sí	consumidor de tóxicos	Falsedad documental Estafa	Conocido	Eximente incompleta de alteración psíquica	Afecta de manera grave a la voluntad y al control de impulsos
2	Roj: SAP C 1596/2021 - ECLI:ES:APC: 2021:1596	HOMBRE	41	Reincidente	Trastorno de personalidad límite y toxicomanía de	Robo con intimidación		atenuante analógica de anomalía psíquica. agravante de	Deterioro a nivel cognitivo y de las limitaciones

					larga duración, discapacidad del 65%			multirreincidencia	propias de la enfermedad mental del acusado
3	Roj: SAP T 1312/2021 - ECLI:ES:APT: 2021:1312	HOMBRE			trastorno de dependencia a sustancias estupefacientes.	Tentativa de homicidio	Expareja	agravante de parentesco. a circunstancia atenuante analógica de enajenación mental y de intoxicación por el consumo de bebidas alcohólicas del art.21.7 en relación con el art.20.1 y 20.2 CP	capacidad intelectual del acusado permaneció inalterable, pues conocía lo que hacía en todo momento, en cambio, la desinhibición provocada por las circunstancias antedichas sí pudo afectar a su capacidad volitiva, reduciéndola, afectación que, en todo caso, consideramos que fue de carácter leve
4	Roj: SAP P 278/2021 - ECLI:ES:APP: 2021:278	HOMBRE	38	No computables a efectos de reincidencia	retraso mental leve	homicidio en grado de tentativa	Conocido		no suponen una alteración de la imputabilidad para estos hechos,, cuenta con

									voluntad y sabe lo que hace
5	Roj: SAP SO 15/2021 - ECLI:ES:APS O:2021:15	HOMBRE		No computables	trastorno por consumo de tóxicos, policonsumo	autor de un delito contra la salud pública		circunstancia atenuante muy cualificada de drogadicción (art. 21.2 CP)	en relación a las conductas que tienen que ver con el consumo de sustancias de abuso puede existir una importante merma en sus voliciones, derivado de la existencia de un trastorno por consumo de sustancias
6	Roj: SAP C 2517/2021 - ECLI:ES:APC: 2021:2517	HOMBRE		No computables a efectos de reincidencia	Dependencia a cocaína y derivados del cannabis. Episodios de psicosis tóxica	tráfico de drogas		Eximente incompleta de drogadicción	El trastorno no altera la capacidad de entender ni de obrar. Esta dependencia condicionó su voluntad en el momento de los hechos, en el sentido de procurarse medios económicos con los cuales satisfacer su adicción.

7	Roj: SAP CA 419/2021 - ECLI:ES:APC A:2021:419	HOMBRE	33		discapacidad intelectual	Pertenencia a grupo criminal. Falsedad documental Estafa		atenuante de anomalía o alteración psíquica de los artículos 21.1 y 20.1 del CP	si bien no anula su capacidad volitiva e intelectiva, si afecta a dichas capacidades
8	Roj: SAP CA 2503/2021 - ECLI:ES:APC A:2021:2503	HOMBRE	22	No computables a efectos de reincidencia	trastorno por consumo de tóxicos	Dos delitos de lesiones Dos delitos de atentado Homicidio en tentativa Cinco delitos leves			su conducta se justifica por los problemas de trastorno de personalidad que tiene que le lleva a actuar de forma impulsiva
9	Roj: SAP VI 94/2021 - ECLI:ES:APVI :2021:94	HOMBRE	41	Reincidente	trastorno por consumo de múltiples tóxicos (cocaína, speed, heroína, cannabis y alcohol)	Robo con fuerza en las cosas		atenuante de drogadicción	afectaban a su capacidad intelectiva y volitiva
10	Roj: SAP B 5898/2020 - ECLI:ES:APB: 2020:5898	HOMBRE	47	No computables a efectos de reincidencia	trastorno por consumo de larga duración de cocaína y cannabis	delito de lesiones	Expareja	eximente incompleta de drogadicción	afectó de forma relevante su capacidad volitiva en cuanto a refrenar su

									impulsividad agresiva. En efecto la ofensa al bien jurídico es el resultado de un acto irreflexivo, impulsado por la adicción de las drogas o el deterioro psicossomático asociado al consumo prolongado de estupefacientes conectado a su trastorno de personalidad.
11	Roj: SAP B 7658/2020 - ECLI:ES:APB:2020:7658	HOMBRE		sí	consumidor de sustancias estupefacientes, hachís, cocaína y en ocasiones alcohol	Homicidio en grado de tentativa, delito de amenazas graves en concurso ideal con un delito de quebrantamiento de medida cautelar	Conocido		Nivel intelectual compatible con la normalidad, teniendo conservadas sus capacidades cognitivas y volitivas
12	Roj: SAP B 12436/2020 - ECLI:ES:APB:	HOMBRE	23	No computables a efectos de reincidencia	trastorno afectivo bipolar, un	Tentativa de asesinato	Conocidos	Eximente incompleta de anomalía	El efecto combinado de los tóxicos

	2020:12436				trastorno por déficit de atención e hiperactividad subtipo hiperactivo impulsivo			psíquica	acabos de mencionar potenciaron los efectos que en su psiquismo provocan los anteriores trastornos mentales y de personalidad, alterando su capacidad volitiva, mermándola notablemente sin llegar a anularla, así como tampoco sus capacidades cognitivas que permanecieron conservadas.
13	Roj: SAP GU 292/2020 - ECLI:ES:APG U:2020:292	MUJER	48		Trastorno de inestabilidad emocional y Trastorno adaptativo mixto reactivo a estresores vitales.	Detención ilegal		atenuante de reparación del daño	El día de los hechos mantuvo sus capacidades cognoscitivas y volitivas sin afectación.
14	Roj: SAP L 1065/2020 -	HOMBRE	34		trastorno por abuso de	Lesiones agravadas	conocido	atenuante analógica de	Capacidades volitivas en el

	ECLI:ES:APL: 2020:1065				alcohol, cocaína, cannabis, nicotina y psicotrópicos			drogadicción	momento de comisión de aquéllos mermada.
15	Roj: SAP LO 380/2020 - ECLI:ES:APL O:2020:380	HOMBRE	19		trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta grave negativista desafiante rasgos límite de personalidad, sospecha de trastorno bipolar, brote psicótico breve vs trastorno pre psicótico y abuso de alcohol, anfetaminas, MDMA y speed	Delito de incendio		agravante de motivos ideológicos del art. 22.6 CP y las atenuantes de confesión art. 21.4 CP y de anomalía psíquica del art. 21.1 y 2 CP	moderadamen te afectadas sus capacidades volitivas
16	Roj: SAP M 13068/2020 - ECLI:ES:APM: 2020:1306	HOMBRE	29	sí	consumo de sustancias estupefacientes,	Hurto, un delito continuado de falsedad documental y un delito continuado de	conocidos	Circunstancia agravante de multirreincide ncia y en todos la circunstancias eximente	Gravemente afectadas sus capacidades volitivas en el momento de cometer los hechos

						estafa agravada		incompleta de anomalía o alteración psíquica y la atenuante de reparación del daño	descritos
17	Roj: SAP M 15073/2020 - ECLI:ES:APM: 2020:15073	HOMBRE	24	sí	politoxicomanía y descontrol de impulsos	Maltrato, violación y daños	expareja	Agravante de reincidencia del art.22.8ª del Código penal y de la circunstancia atenuante analógica	La grave adicción daña y deteriora las facultades psíquicas del sujeto que la padece, incorpora en su propia expresión una alteración evidente de la personalidad merecedora de un menor reproche penal.
18	Roj: SAP T 1034/2020 - ECLI:ES:APT: 2020:1034	HOMBRE	25	sí	esquizofrenia paranoide y trastorno de consumo de alcohol, cocaína, cannabis y hipnosedantes	Robo con fuerza		Eximente incompleta del artículo 21.1ª en relación con los artículos 20.1º y 68	Afectaba de manera intensa sus capacidades intelectivas y volitivas sin llegar a anularlas.
19	Roj: SAP O 4320/2020 -	HOMBRE	29	si		Estafa en concurso de	sí	Atenuante como muy	No afecta a su capacidad de

	ECLI:ES:APO: 2020:4320					normas con un delito de falsedad de documento privado		cualificada de alteración psíquica art. 21.1 en relación con el art. 20.1 del Cº penal	comprensión del alcance y significación de sus actos, sí incide sobre su capacidad de control de impulsos limitando su voluntad.
20	Roj: SAP NA 51/2020 - ECLI:ES:APN A:2020:51	HOMBRE	60		otros trastornos mentales sin causa determinada y trastornos mentales y del comportamiento o debidos al consumo de alcohol	Incendio		atenuante cualificada de trastorno mental	Afectadas de forma moderada grave sus capacidades volitivas pero no anuladas
21	Roj: SAP SO 236/2020 - ECLI:ES:APS O:2020:236	HOMBRE		sí	trastorno por consumo de tóxicos con policonsumo,	Dos delitos de receptación Robo con fuerza		Atenuante cualificada de drogadicción prevista en el nº 2 art 21 Código Penal, y la circunstancia agravante de reincidencia prevista en el art 22.8 Código Penal	Afectan gravemente a sus facultades superiores volitivas e intelectivas
22	Roj: SAP VI	HOMBRE	29			Delito leve de	conocido		Enfermedad

	1189/2020 - ECLI:ES:APVI :2020:1189					hurto Falsedad de documento mercantil Uso de documento Estafa		Atenuantes de reparación del daño (art. 21.5ª), analógica de confesión (art. 21.4ª y 7ª) y analógica de alteración psíquica (art. 21.1ª y 7ª	de carácter impulsivo, que afecta a su capacidad y voluntad.
23	Roj: SAP VA 141/2020 - ECLI:ES:APV A:2020:141	HOMBRE	20		trastorno por abusos de múltiples sustancias, consumo que alteró levemente su inteligencia y voluntad en relación con los hechos	Tentativa de asesinato	conocido	atenuante simple de drogadicción	el TP no afectaba a su capacidad volitiva ni intelectual. El de abuso, alteró levemente su inteligencia y voluntad en relación con los hechos
24	Roj: SAP M 16441/2020 - ECLI:ES:APM: 2020:16441	HOMBRE	33		Trastorno psicótico inducido por tóxicos, Consumidor de tóxicos desde los 18 años: cánnabis y cocaína, aumentado consumo y	Agresión sexual Lesiones	conocido	eximente incompleta de alteración psíquica	Sin anularlas, disminuye sensiblemente la capacidad culpabilística aun conservando la apreciación sobre la antijuricidad del hecho que ejecuta

					convirtiéndose en consumidor habitual desde los 18 años. Consumo esporádico de heroína fumada, Trastorno esquizofreniforme				
25	Roj: SAPO 1174/2020 - ECLI:ES:APO: 2020:1174	HOMBRE	41	No computables a efectos de reincidencia	trastorno control de impulsos, con mucha agresividad, toxicomanía	Delito contra la salud pública Pertenencia a grupo criminal Tenencia ilícita		atenuantes de dilaciones indebidas y toxicomanía	afecta a su capacidad volitiva y para adaptarse al entorno social
26	Roj: SAP T 652/2020 - ECLI:ES:APT: 2020:652	HOMBRE	26	Reincidente	grado de discapacidad de 69% en relación con la patología diagnosticada de esquizofrenia paranoide y discapacidad intelectual leve junto con un	Lesiones		Eximente incompleta de anomalía psíquica del artículo 21.1ª en relación con el 20.1º	sus capacidades volitivas y cognitivas se hallan afectadas de manera moderada, y de manera leve las intelectuales, en la actualidad y hace un año,

					consumo concomitante de sustancias tóxicas.				por la cronicidad de la patología.
27	Roj: SAP T 1419/2020 - ECLI:ES:APT: 2020:1419	HOMBRE		Reincidente	* Psicosis idiopática * Retraso mental ligero * Trastorno por déficit de atención e hiperactividad * Trastorno por dependencia a cocaína y heroína.	Robo con fuerza		agravante de reincidencia del artículo 22.8° y la atenuante de drogadicción del artículo 21.2°	Considera el perito que aunque no fuera drogodependiente dado su cuadro clínico también tendría alteraciones leves o moderadas en su capacidad cognitiva y volitiva. Que el consumo de droga coadyuva en esta situación, a de por sí solos comportan que el mismo tenga afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas de modo leve/moderado.
28	Roj: SAP NA	HOMBRE	43	sí	Trastorno de	Contra la		Atenuante	Actuó

	1287/2020 - ECLI:ES:APN A:2020:1287				ansiedad generalizada; (iii) F15.2 Síndrome de dependencia de otros estimulantes; (iv) F12.2 Síndrome de dependencia de cannabinoides; y (v) F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol.	salud pública		análogica de drogodepende ncia y agravante de reincidencia;	impulsado por la dependencia de los hábitos de consumo de las sustancias tóxicas. Teniendo levemente afectadas sus facultades intelectuales y volitivas
29	Roj: SAP T 1492/2020 - ECLI:ES:APT: 2020:1492	HOMBRE				Lesiones agravadas	cónyuge		no afecta a sus capacidades intelectivas y volitivas

TABLA 2 ANEXO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

	LOCALIZADOR SENTENCIA	CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL IMPUTADO					DELICTOLOGÍA				PSICOPATOLOGÍA
	SENTENCIA N° ROJ	SEXO	EDAD	ANTECEDENTES PENALES	COMORBILIDAD	TRATAMIENTO PREVIO	DELITO	RELACIÓN VÍCTIMA	RESOLUCIÓN	MEDIDA DE SEGURIDAD APLICADA	CLAVES RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD PENAL
1	Roj: SAP B 13782/2 021 - ECLI:ES :APB:20 21:1378 2	HOMBRE	30	Sí, reincidente	Trastorno por uso de tabaco cannabis y cocaína y psicosis		Robo		agravante de reincidencia del artículo 22.8 del Código Penal, y la eximente incompleta del artículo 21.1, en relación con los artículo 20.1 y 20.2 del Código Penal	Medida de seguridad de internamiento en un centro adecuado a su anomalía y de deshabitación de drogas y sustancias tóxicas	Afectaron sus capacidades intelectivas y volitivas en el momento de los hechos, disminuyéndolas notablemente
2	Roj: SAP BI	HOMBRE	64	antecedentes penales no	Trastorno por dependencia a		Delito contra la		Atenuante de drogadicción		Merma de sus capacidades

	648/2021 - ECLI:ES:APBI:2021:648			computables a efectos de reincidencia	sustancias estupefacientes, por consumo de cannabis y psicoestimulantes		salud pública		del art. 21, 2º en relación con el art. 20,2º CP.		volitivas
3	Roj: SAP BI 1663/2021 - ECLI:ES:APBI:2021:1663	HOMBRE	44	sin antecedentes penales computables a efectos de reincidencia	Patología dual: consumo perjudicial de estimulantes de tipo anfetamínico		Delito contra la salud pública		Atenuante de grave adicción a las sustancias tóxicas		Moderada atenuación del elemento volitivo a efectos de imputabilidad
4	Roj: SAP BU 888/2021 - ECLI:ES:APBU:2021:888	HOMBRE	40	sin antecedentes penales computables a efectos de reincidencia	Adicto de larga evolución al consumo de cocaína, metilendioximetanfetamina (MDMA), anfetamina y cannabis,		Delito contra la salud pública		Atenuantes analógicas de anomalía o alteración psíquica y de drogadicción		No queda acreditado que anulasen o disminuyesen gravemente sus capacidades intelectivas y volitivas, al no haberse producido los hechos en un brote esquizofrénico o en un estado de influencia de la droga o de un estado de abstinencia, estimándose la influencia de

											dichas circunstancias en grado de levedad
5	Roj: SAP CS 322/202 1 - ECLI:ES :APCS:2 021:322	HOMBRE		sin antecedentes penales		Sin tratamiento por falta de conocimiento de la enfermedad	Abuso seuxal Amenazas (violencia de género)		ABS Eximente del completa del artículo 20.1 CP	Tratamiento médico externo adecuado a la patología que padece	Anuladas las bases de la imputabilidad (capacidades cognitivas y volitivas).
6	Roj: SAP GU 168/202 1 - ECLI:ES :APGU: 2021:16 8	HOMBRE	22				Cooperador necesario agresión sexual a menor	Sí			intacta la capacidad de conocer y querer,
7	Roj: SAP L 1073/20 21 - ECLI:ES :APL:20 21:1073	HOMBRE	31	no computables en la presente causa	trastorno por abuso de alcohol.	No se toma la medicación	Tentativa de asesinato	Es su madre	ABS Eximente completa enfermedad mental 20.1 Agravante: Alevosía/Pare ntesco	Medida de internamient o en un Centro Psiquiátrico Penitenciario	descompensac ión psicótica que anulaba totalmente sus capacidades intelectivas y volitivas.
8	Roj: SAP M 1026/20 21 - ECLI:ES	HOMBRE		Antecedentes penales cancelables	Discapacidad del 65%		Tentaiva de homicidio		Atenuante analógica de trastorno mental transitorio arts. 21.7 del		

	:APM:20 21:1026								CP en relación con los arts. 21.1, 20.1 del CP		
9	Roj: SAP M 4864/20 21 - ECLI:ES :APM:20 21:4864	HOMBRE	34	antecedentes penales no computables	consumo de tóxicos	Abandono de medicación	Tenataiva de asesinato		Eximente incompleta de anomalía psíquica del artículo 21.1º en relación con el artículo 20.1º CP ,		Facultades intelectivas y volitivas afectadas de forma muy grave
10	Roj: SAP M 11925/20 21 - ECLI:ES :APM:20 21:11925	HOMBRE	29	antecedentes penales no computables a efectos de reincidenci	trastorno por uso de sustancias (cannabis)		Tentativa homicidio Deliro de resistencia 4 leves de lesiones		eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica del art. 21-1 CP en relación con su art. 20-1	Internamiento en centro psiquiátrico adecuado para el tratamiento de la enfermedad mental que padece + prisión	afectación de sus facultades intelectivas y volitivas
11	Roj: SAP M 16328/2 021 - ECLI:ES :APM:20 21:1632 8	HOMBRE	29	sin antecedentes penales computables en esta causa			Deliro contra la salud pública		eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica del art. 21.1º en relación con el art. 20	tratamiento médico ambulatorio o externo	afectadas, sin llegar a la total anulación, sus facultades volitivas e intelectivas.
12	Roj: SAP M	HOMBRE	51	en el pasado habían		En tratamiento	Tentativa de homicidio		ABS circunstancia		descompensac

	12288/2021 - ECLI:ES:APM:2021:12288			ocurrido unos hechos parecidos					eximente plena de anomalía psíquica concurriendo y la atenuante -simple- de reparación del daño causado.		ión psicótica de tal manera que tenía sus facultades cognitivas y volitivas anuladas.
13	Roj: SAP MA 3945/2021 - ECLI:ES:APMA:2021:3945			y sin antecedentes penales computables a efectos de reincidencia	consumo de múltiples sustancias como cocaína y cannabis		delito de homicidio en grado de tentativa de los arts. 138, 16 y 62 del C.p., con la agravante de parentesco - 23 CP	Padre	ABS eximente completa de enajenación mental del art. 20.1º del C.P		episodio agudo con ideación delirante, diagnosticado como esquizofrenia paranoide, que le anulaba totalmente sus capacidades cognitivas y volitivas, por la que tenía una afectación completa de las bases psicológicas de su imputabilidad.
14	Roj: SAP NA 528/2021 - ECLI:ES:APNA:	MUJER	41	antecedentes penales no computables a efectos de reincidencia,	consumo de tóxicos		Delito contra la salud pública Delito de integración		atenuante cualificada del art. 20. 1 y 2 en relación con el 20.2 del C.P		Afectadas

	2021:52 8						en grupo criminal				
15					<p>grado de discapacidad del 36,0%, episodios de brotes psicóticos y deterioro psicofísico permanente, por lo que fue ingresado en varias ocasiones en centros hospitalarios. Su enfermedad determina que con frecuencia variable pueden surgir brotes con exacerbación sintomatológica y trastornos de conducta que suponen una pérdida de capacidades volitivas y cognitivas durante esos periodos</p>		<p>Robo con violencia</p> <p>Delito de lesiones</p>		circunstancia semieximente de enfermedad mental	internamiento del condenado en un centro psiquiátrico adecuado para el tratamiento de su enfermedad mental	brotes con exacerbación sintomatológica y trastornos de conducta que suponen una pérdida de capacidades volitivas y cognitivas durante esos periodos
	Roj: SAPO 2901/20 21 - ECLI:ES :APO:20 21:2901	HOMBRE				Abandono de tratamiento					

16	Roj: SAP OU 10/2021 - ECLI:ES :APOU: 2021:10	HOMBRE	26	n antecedentes penales no computables a efectos de reincidenci			Tentativa de homicidio	Conocido	ABS eximente completa de enajenación mental del art. 20.1º del C.p. e	medida desseguridad privativa delibertadde internamient oen centroadecua do a su dolencia por tiempo máximo de siete año	considera que sus capacidades intelectivas y volitivas estaban totalmente anuladas cuando cometió los hechos enjuiciados
17	Roj: SAP P 278/202 1 - ECLI:ES :APP:20 21:278	MUJER	43	antecedentes penales no computables a efectos de reincidencia	Retraso mental leve con deterioro de comportamiento , esquizofrenia paranoide, con delirio paranoide y trastorno de inestabilidad emocional de tipo impulsivo,		Delito de lesiones	conocido	ABS eximente completa de enfermedad mental	internamient o en centro psiquiátrico	
18	Roj: SAP PO 2487/20 21 - ECLI:ES :APPO:2 021:248 7	HOMBRE					Tentativa de asesinato	madre	ABS eximente completa de alteración psíquica	tratamiento en centro psiquiátrico	en el momento de los hechos sufría una descompensac ión psicótica aguda, que anulaba sus capacidades intelectivas y volitivas

19	Roj: SAP SS 367/202 1 - ECLI:ES :APSS:2 021:367	HOMBRE			trastorno por consumo perjudicial de múltiples tóxicos y estimulantes		Delito contra la salud pública		atenuante analogica del art 21-7 en relación con los arts 21-2 y 20-2 del C.Penal		disminuía su facultades volitivas e intelectivas.
20	Roj: SAP SS 467/202 1 - ECLI:ES :APSS:2 021:467	HOMBRE			Consumo de alcohol y drogas		Tentativa de asesinato Delito leve de lesiones		atenuantes ordinarias de reparación del daño y de alteración mental por consumo de drogas y alcohol,		limitación leve de sus facultades intelectivas y volitivas.
21	Roj: SAP SS 1502/20 21 - ECLI:ES :APSS:2 021:150 2	HOMBRE			abusos de alcohol puntuales		Delito contra la salud pública		circunstancia atenuante analógica de trastorno mental del art. 21.7ª CP en relación a los art. 21.1ª y 20.1º CP y la circunstancia atenuante analógica de embriaguez del art. 21.7ª CP en relación al art. 21.2ª CP		limitara sus facultades intelectiva y volitiva
22	Roj:	HOMBRE			Adicción		Delito		1 atenuante		evemente

	SAPT 1071/20 21 - ECLI:ES :APT:20 21:1071						contra la salud pública Tenencia ilícita de armas Incendio Extorsión Robo Hurto Organizacin o grupo criminal Daños Lesiones		analógica de afectación de capacidades volitivas y cognoscitivas por adicción a sustancias tóxicas y estupefaciente s del artículo 21.7, 21.1 y 20.1 del Código Penal y la circunstancia modificativa de la responsabilida d criminal atenuante analógica de reparación del daño del artículo 21.7 y 21.5 del Código Penal,		afectado en sus capacidades volitivas y cognoscitivas en el momento de los hechos
23	Roj: SAP TO 1191/202 1 - ECLI:ES :APTO:2 021:1191	HOMBRE	31			no se sometió a tratamiento voluntariamen te	homicidio en tentativa	conocidos	circunstancia atenuante del art. 21,1ª, en relación con el art.20,1		crisis aguda
24	Roj: SAP V	HOMBRE	32		consumo de marihuana		tentativa de homicidio	conocido (enemistad)	circunstancias atenuantes de		

	4569/20 21 - ECLI:ES :APV:20 21:4569								reparación del daño y analógica de alteración psíquica		
25	Roj: SAP TE 40/2021 - ECLI:ES :APTE:2 021:40	HOMBRE		sí	consumo de tóxicos		delito contra la salud pública		agravante reincidencia		
26	Roj: SAP V 2549/20 21 - ECLI:ES :APV:20 21:2549	HOMBRE					tentativa de homicidio	conocidos	ABS eximente completa de anomalía psíquica	Internamient o en estbalecimie nto adecuado	Episodio agudo con ideación delirante, diagnosticado como esquizofrenia paranoide, que le anulaba totalmente sus capacidades cognitivas y volitivas.
27	Roj: SAP GC 965/202 0 - ECLI:ES :APGC:2 020:965	HOMBRE	51	no se estaba tomando la medicacion			incendio atentado leve de lesiones		ABS	MEDIDA DE LIBERTAD VIGILADA consistente en sumisión a tratamiento ambulatorio por espacio	

										no inferior a 15 años por el delito de incendio y 2 años por el delito de atentado	
28	Roj: SAP AB 763/202 0 - ECLI:ES :APAB:2 020:763	MUJER	47		trastorno por consumo de cocaína y heroína	tratamiento con metadona,	tentativa de asesinato	conocidos	atenuante analógica de drogadicción		facultades intelectivas y volitivas estaban levemente afectadas
29	Roj: SAP B 5711/202 0 - ECLI:ES :APB:20 20:5711	HOMBRE	45	sí		abandono del tratamiento farmacológico	malos tratos en el ámbito familiar tentativa de homicidio	padres	eximente incompleta de de alteracion psíquica prevista en los arts 21.1 ° y 20.1 °, agravante de parentesco	medida de internamiento o para tratamiento en departamento de psiquiatría del centro hospitalario	brotos que alteraron notablemente la capacidad obrar conforme al entendimiento y comprensión
30	Roj: SAP B 13945/2 020 - ECLI:ES :APB:20 20:1394 5	HOMBRE	41	sí, reincidente		tratamiento médico	lesiones agravadas		eximente incompleta de alteración psíquica y la muy cualificada de dilaciones indebidas así como de la circunstancia	a determinar en base al informe médico psiquiátrico	alteración grave

									agravante de reincidencia		
31	Roj: SAP BI 3202/20 20 - ECLI:ES :APBI:2 020:320 2	HOMBRE	53				delito de TENENCIA DE ARMAS PROHIBID AS, delito de TENENCIA DE EXPLOSIV OS		ABS eximente completa de anomalía o alteración psíquica, prevista en el art. 20.1 CP	internamient o en centro psiquiátrico	mermaba considerablem ente sus facultades
32	Roj: SAP MA 2139/20 20 - ECLI:ES :APMA: 2020:21 39	HOMBRE	30		trastorno de la personalidad		lesiones		atenuantes modificativas de la responsabilida d criminal de reparación del daño y dilaciones indebidas		no presenta alteraciones
33	Roj: SAP T 652/202 0 - ECLI:ES :APT:20 20:652	HOMBRE	26	antecedentes penales por tres delitos leves de lesiones	TAP, grado de discapacidad de 69% en relación con la patología diagnosticada de esquizofrenia paranoide y discapacidad intelectual leve junto con un consumo		lesiones		eximente incompleta de anomalía psíquica del artículo 21.1ª en relación con el 20.1º del Código Penal,		afectadas de manera moderada las intelectuales de manera leve

					concomitante de sustancias tóxicas.						
34	Roj: SAP SE 2062/20 20 - ECLI:ES :APSE:2 020:206 2	HOMBRE	54	no computables	dependencia de larga evolución a cocaína y a la heroína quhan influido de manera relevante en la comisión de los presentes hechos		contra la salud pública		atenuante muy cualificada de drogadicción		
35	Roj: SAP TF 2933/20 20 - ECLI:ES :APTF:2 020:293 3	HOMBRE	34				abusos sexuales a menor		atenuante prevista en el artículo 21. 1ª en relación con el artículo 20. 1ª	obligación de participar en un programa de educación sexual	capacidad de entender y obrar con disminución de ligera a moderada, pero no las anulaba, así como mayor dificultad en el control de los impulsos
36	Roj: SAP T 1456/20 20 - ECLI:ES :APT:20 20:1456	HOMBRE		con antecedentes penales no computables	retraso mental leve (discapacidad del 69%)		lesiones dolosas homicidio imprudente		eximente incompleta de enajenación mental prevista en el artículo 21.1 en relación con el art. 20.1	internamiento o tratamiento médico en establecimiento adecuado a la alteración psíquica que padece	limitaba gravemente sus capacidades volitivas e intelectivas

37	Roj: SAP TO 882/202 0 - ECLI:ES :APTO:2 020:882	HOMBRE					tentativa de asesinato	padre	eximente incompleta de alteración o anomalía psíquica del artículo 21.1ª en relación con el art. 20 1ª agravante parentesco	control y seguimiento medido periódico con el fin de garantizar que se mantenga estable la patología psiquiátrica que padece	afectó elevad sin privación total
38	Roj: SAP CA 1237/20 20 - ECLI:ES :APCA:2 020:123 7	HOMBRE	40		grado de minusvalía del 65 % habiendo sido declarado judicialmente incapaz		asesinato tentativa	madre	ABS eximente de la responsabilida d criminal de alteración psíquica	medida de seguridad de internamient o en centro psiquiátrico penitenciario	abolición total de las capacidades
39	Roj: SAP NA 47/2020 - ECLI:ES :APNA: 2020:47	HOMBRE	31	no computables,		hospital psiquiátrico	Asesinato en grado de tentativa	conocido	ABS eximente completa de enajenación mental	medida de seguridad la que el médico forense dictamine durante el trámite de ejecución de sentencia, la cual en caso de ser un internamient o cerrado	cuadro de esquizofrenia paranoide, de modo que la agresión con arma blanca fue consecuencia directa de su enfermedad, de las ideas de perjuicio y las alucinaciones auditivas que sufría en aquel

											momento. Este cuadro era de tal intensidad que anuló sus capacidades intelectivas y volitivas.
40	Roj: SAP T 1454/20 20 - ECLI:ES :APT:20 20:1454	HOMBRE					delito de homicidio en grado de tentativa	madre	ABS eximente completa del artículo 20.1 del Código Penal y, la circunstancia mixta de parentesco del artículo 23 del mismo texto legal,	tratamiento médico externo en establecimiento adecuado a la alteración psíquica	limita gravemente su capacidad cognitiva y volitiva unida a un cuadro psicótico que sufría en el momento de los hechos, dando lugar a una grave disminución de su imputabilidad.
41	Roj: SAP IB 2658/20 20 - ECLI:ES :APIB:2 020:265 8	HOMBRE	57				homicidio en tentativa acabada	RELACIÓN DE AFECTIVIDAD	agravante parentesco ABS eximente completa de trastorno mental	internamiento en centro psiquiátrico penitenciario	alteración completa de su voluntad o de su capacidad de dirigir y controlar sus actos y una alteración completa de su capacidad de comprender el alcance y consecuencias de los mismos

42	Roj: SAP PO 1376/20 20 - ECLI:ES :APPO:2 020:137 6	HOMBRE		sí	Dependencia de sustancias		delitos contra la salud pública		agravante de reincidencia del art. 22.8 CP, atenuantes simples de drogadicción del art. 21.2 y análoga de alteración psíquica del art. 21.7 en relación con el art. 21.1 y el 20.1		pobre razonamiento respecto de las consecuencias de sus actos y de un menor control volitivo en relación a los hechos enjuiciados
43	Roj: SAP SA 137/202 0 - ECLI:ES :APSA:2 020:137	MUJER	45	Si	consumidora de sustancias estupefacientes		delito contra la salud pública de los arts. 368.2.				alteración leve de sus facultades interactivas y volitivas.
44	Roj: SAP IB 2656/20 20 - ECLI:ES :APIB:2 020:265 6	MUJER					Incendio		Inimputable. circunstancia modificativas del art. 20.1 del Código Penal,	medida de 8 años de duración sometida a control parental y seguimiento de tratamiento ambulatorio psiquiátrico	afectaba severamente su capacidad para conocer y comprender sus actos o actuar conforme a dicha comprensión, teniendo anulada su

											capacidad para reprimir impulsos
45	Roj: SAP MA 2620/20 20 - ECLI:ES :APMA: 2020:26 20	HOMBRE			consumo de tóxicos		agresión sexual delito leve de lesiones		atenuante muy cualificada de enfermedad o trastorno psíquico de art 21.7, en relación con art. 20.1 del código penal	prisión + a tratamiento médico por dicho plazo, con controles médicos oportunos durante ese plazo	alteración importante de sus capacidades intelectivas y volitivas
46	Roj: SAP IB 1054/20 20 - ECLI:ES :APIB:2 020:105 4	HOMBRE				abandono de medicación	tentativa de homicidio		eximente completa de anomalía y alteración psíquica del artículo 20.1 del Código Penal	internamiento o psiquiátrico en centro o módulo penitenciario	capacidades cognitivas y volitivas totalmente anuladas, a causa de una esquizofrenia paranoide con descompensaciones psicóticas por abandono de la medicación
47	Roj: SAP T 1034/20 20 - ECLI:ES :APT:20 20:1034	HOMBRE	25	reincidente	trastorno antisocial de la personalidad, trastorno de consumo de alcohol, cocaína, cannabis y hipnosedantes		robo con fuerza		eximente incompleta del artículo 21.1ª en relación con los artículos 20.1º y 68 agravante de reincidencia	medida de seguridad de internamiento o en centro penitenciario psiquiátrico	Afectadas intensamente

