

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ZUZENBIDE
FAKULTATEA
FACULTAD
DE DERECHO

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN CRIMINOLOGÍA
CURSO ACADÉMICO 2018 - 2019

TRASTORNOS MENTALES Y VIOLENCIA: IMPLICACIONES JURÍDICO-FORENSES

Trabajo realizado por Olatz Pintado García

Dirigido por César San Juan Guillén

Resumen

Este trabajo se centra en analizar la responsabilidad penal atribuida a personas que padecen un trastorno mental y, como consecuencia del mismo, han cometido un acto delictivo. También pone su interés en la naturaleza de la valoración de imputabilidad de personas que, sin padecer un trastorno mental crónico, cometen un delito estando bajo los efectos de sustancias tóxicas. El estudio empírico se va a llevar a cabo a través de la revisión de un conjunto de sentencias comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2018, todas ellas dictadas en el País Vasco. 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 los sujetos. Además, se identificarán las principales psicopatologías que están presentes con mayor frecuencia en los sujetos que han cometido un delito, así como las alteraciones psicológicas que normalmente conllevan exención o disminución de la responsabilidad penal y aquellas que no suponen la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal.

Palabras clave: *Trastorno mental. Enfermedad mental. Violencia. Delito. Imputabilidad. Responsabilidad penal*

Abstract

This thesis focuses on analyzing the criminal responsibility that is given to people who suffer a mental disease and, as a result, have committed a criminal act. It also focuses on the character of the assessment of imputability of people who, without suffering a chronic mental disease, commit a crime being under the effects of toxic substances, probably having a severe addiction to them. The empiric study is going to be carried out through the review of a set of sentences from the year 2010 and 2018, all of them issued in the Basque Country. Since this sentences, the arguments given by the judging body have been analyzed at the time of pronounce itself over the degree of imputability that belongs to these subjects. Moreover, psychopathologies which with a higher frequency are present in subjects that have committed a crime are going to be identified, as well as the psychological alterations that normally bring with it exemption or decrease of criminal responsibility or that ones that aren't suppose the application of modifying circumstances of criminal responsibility.

Key words: *Mental disorder. Mental disease. Violence. Crime. Imputability. Criminal responsibility.*

ÍNDICE

PARTE I. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y CRIMINALIDAD	5
2.1. Tratamiento histórico de la enfermedad mental.....	5
2.2. Trastorno mental e impacto social	8
2.3. Violencia y trastornos mentales	9
2.4. Relación entre determinadas psicopatologías y la conducta violencia	11
2.4.1. Discapacidad intelectual	12
2.4.2. Demencia	13
2.4.3. Trastorno depresivo	14
2.4.4. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	15
2.4.5. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	17
2.4.6. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	22
2.4.7. Trastornos de la personalidad	24
2.4.7.1. Trastorno Antisocial de la Personalidad vs. Psicopatía	27
3. TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL.....	33
3.1. Desarrollo de la legislación penal.....	34
3.2. Concepto de imputabilidad en el ordenamiento jurídico español.....	38
3.2.1. Causas de inimputabilidad	42
3.2.1.1. Eximente completa de anomalía o alteración psíquica.....	43
3.2.1.2. Eximente completa de intoxicación plena o síndrome de abstinencia....	47
3.2.2. Medidas de seguridad	53

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

4. ESTUDIO EMPÍRICO RETROSPECTIVO.....	57
4.1. Objetivos de la Investigación	57
4.2. Método y Procedimiento	58
4.3. Resultados obtenidos.....	60
4.4. Discusión.....	76

PARTE III. CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES GENERALES	85
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
7. ANEXOS	97
8. INFORME EJECUTIVO.....	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS

Gráfico 1. Tribunal del Jurado.....	61
Gráfico 2. Tipo de fallo: absolutorio o condenatorio.....	61
Gráfico 3. Duración de la condena en meses.....	62
Gráfico 4. Circunstancias atenuantes de la responsabilidad criminal aplicadas.....	62
Gráfico 5. Circunstancias agravantes de la responsabilidad penal aplicadas.....	63
Gráfico 6. Total de delitos cometidos atendiendo a su tipología.....	63
Gráfico 7. Consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas.....	66
Gráfico 8. Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos.....	66
Gráfico 9. Enfermedad mental del imputado ateniendo al DSM-V.....	67
Gráfico 10. Comorbilidad entre diferentes diagnósticos.....	67
Gráfico 11. Delitos cometidos por sujetos con esquizofrenia paranoide.....	70
Gráfico 12. Delitos cometidos por sujetos con un trastorno de la personalidad.....	70
Gráfico 13. Procedencia del informe pericial expuesto en el juicio oral.....	71
Gráfico 14. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal aplicadas a sujetos con esquizofrenia paranoide.....	73
Gráfico 15. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal aplicadas a sujetos con un trastorno de la personalidad.....	74

TABLAS

Tabla 1. Total de delitos cometidos, incluyendo su frecuencia y porcentaje.....	65
Tabla 2. Diagnósticos entre los que existe comorbilidad.....	68
Tabla 3. Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos atendiendo a la enfermedad mental del imputado.....	69
Tabla 4. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal aplicadas a sujetos con los diagnósticos mencionados.....	75

1. INTRODUCCIÓN

La creencia de que el delito está íntimamente unido a los trastornos mentales siempre ha estado presente en la sociedad. Esta creencia ha llevado a la gente a tener la concepción de que solo un enfermo mental es capaz de cometer un crimen tan atroz como los que muestran los medios de comunicación (Fuentes, 2012).

La sociedad es incapaz de comprender cómo un sujeto aparentemente normal o que no padece un trastorno mental de relevancia clínica tiene la capacidad de cometer actos que no tienen una explicación lógica por la crueldad y violencia que desprenden. De ahí que exista la tendencia a relacionar los sucesos más atroces con el padecimiento de una enfermedad mental. Es decir, la sociedad necesita entender esos acontecimientos y la única manera de alcanzar esa comprensión es mediante el establecimiento de una relación causal entre delito y psicopatología. Esto se corresponde a lo que se conoce como *hipótesis psicopatológica*. Esta hipótesis, basada en la creencia popular de que la mayor parte de la criminalidad es protagonizada por enfermos mentales, es el recurso más utilizado por la sociedad de cara a comprender determinadas conductas tremendamente desviadas (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018).

Esta creencia, sin embargo, se contrapone a la evidencia científica, que pone de manifiesto que la mayor parte de los delitos son cometidos por personas que no padecen ningún tipo de trastorno mental, mientras que la mayoría de las personas que sufren una enfermedad mental jamás llevarán a cabo actos delictivos. De hecho, los trastornos mentales que suelen ir acompañados de conductas agresivas y asociales son muy concretos y estas solo se manifiestan durante periodos de tiempo muy limitados (Fuentes, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017a) define la salud mental como un estado de bienestar en el que las personas son conscientes de sus capacidades, son capaces de afrontar las tensiones que surgen en su vida cotidiana, de trabajar de manera productiva y de contribuir a su entorno. De acuerdo con esta definición, la salud no solo supone ausencia de afecciones o enfermedades, sino que requiere un estado de absoluto bienestar físico, mental y social.

Atendiendo a esta definición, San Juan y Vozmediano (2018) entienden que un sujeto como Ted Bundy -condenado a muerte y ejecutado en la silla eléctrica por asesinar a 36 mujeres-, se ajusta a las directrices proporcionadas por la OMS, por lo que se podría decir que goza de salud mental. Es decir, Ted Bundy, se licenció en la Universidad de Washington, participó en actividades comunitarias e incluso fue premiado por la Policía de Seattle por salvar la vida de un niño y, a su vez, cometió actos terribles.

La salud mental requiere la presencia de una serie de síntomas, entre los que son dignos de mención los siguientes: actitudes positivas hacia uno mismo, estrategias de afrontamiento adecuadas, autonomía y control de situaciones y, por último, una percepción correcta de la realidad. Las actuaciones de un psicópata como Ted Bundy son compatibles con todos los síntomas mencionados. Ahora bien, a pesar de ajustarse a las directrices proporcionadas, en ningún caso se podría afirmar que posee una correcta salud mental, al presentar indudables déficits en la misma (San Juan y Vozmediano, 2018).

Esta concepción de la salud mental ha recibido numerosas críticas. Entre las principales se encuentra la del sociólogo Erving Goffman, que defiende la idea de que la enfermedad mental no puede ser definida como un conjunto de síntomas fácilmente acotables, sino como una incorrección situacional que revela una desconexión con las normas sociales. Siguiendo esta perspectiva se puede afirmar que conceptos como salud y enfermedad mental están contruidos a partir de las interacciones sociales y evolucionan en función del contexto cultural e histórico. Partiendo de esta base, que una persona sea considerada enferma mental no solo depende de las alteraciones psicológicas que padezca, sino también de las actitudes que la sociedad adopte en relación a las mismas. En este sentido, lo que puede considerarse una conducta “normal” en una sociedad, puede tipificarse como un delito en otra, al igual que ocurre entre diferentes épocas (San Juan y Vozmediano, 2018).

Un ejemplo de esto puede ser la homosexualidad, que aparecía recogida como un trastorno mental en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) hasta hace pocos años. La homosexualidad como trastorno mental desapareció de este manual diagnóstico con la publicación del DSM-V que reemplazó al DSM-IV-TR. Este es un claro ejemplo de cómo las circunstancias históricas y los estereotipos culturales han ido dando forma a las diferentes ediciones que se han ido publicando del DSM. En

definitiva, los conceptos de salud y de enfermedad varían en función de los enfoques teóricos y criterios diagnósticos utilizados, así como de las nociones filosóficas, morales y psicológicas y de los modelos médicos presentes en cada momento¹.

Por lo tanto, al igual que las sociedades y las culturas evolucionan, también lo hacen las ciencias psicológicas y psiquiátricas, adaptándose a su tiempo en todo momento. En este sentido, ha habido una importante evolución en torno al concepto de enfermedad mental. Históricamente, la enfermedad mental se relacionaba íntimamente con las prácticas demoniacas, siendo estos enfermos encerrados en hospitales psiquiátricos al considerar que su presencia desprendía un gran peligro para el resto de los ciudadanos. Actualmente, a pesar de que sigue existiendo un cierto desconocimiento sobre la enfermedad mental, se ha superado el tratamiento que recibían estas personas y se ha apostado por una intervención comunitaria -trabajando factores biológicos, psicológicos y sociales-, dejando poco a poco de lado los hospitales psiquiátricos (también denominados manicomios) tan recurridos en épocas pasadas (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa 2018).

El presente estudio ha puesto su foco de atención en la responsabilidad penal que se les atribuye a aquellas personas que padecen un trastorno mental y, como consecuencia del mismo, han cometido un acto delictivo. En estos casos, resulta preceptivo evaluar las competencias intelectivas y volitivas del afectado -capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión- en el momento de los hechos. También ha sido objeto de estudio la naturaleza de la valoración de imputabilidad de personas que, sin padecer un trastorno mental crónico, cometen un delito estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas, pudiendo tener una grave adicción a las mismas.

Para ello, se han analizado un total de 73 sentencias comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2018, todas ellas dictadas en el País Vasco. 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. A través de este análisis

¹Fuente: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/Ultima-revision-del-dsm-de-la-asociacion-americana-de-psiquiatria>

también se van a identificar las principales psicopatologías que con mayor frecuencia están presentes en los sujetos que han cometido un delito, así como las alteraciones psicológicas que normalmente conllevan exención o disminución de la responsabilidad penal o aquellas que no suponen la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad.

En definitiva, lo que se persigue en este estudio es obtener una visión de aquellos diagnósticos que guardan una estrecha relación con la conducta violenta desde el ámbito de la psiquiatría, incluyendo sus características diferenciales, sus principales síntomas y sus repercusiones en la vida cotidiana, así como desde el ámbito del derecho, analizando la forma en la que sujetos con un trastorno mental que han cometido un delito se ven sometidos al mismo. Es decir, se trata de abordar los diferentes trastornos mentales que pueden verse involucrados en actos violentos y sus implicaciones en el ámbito forense.

Con la finalidad de facilitar la lectura y la comprensión, el presente estudio se ha clasificado en tres partes, divididas a su vez en varios sub-apartados. La primera parte es la referente al marco teórico, la segunda recoge el estudio empírico realizado y la tercera se centra en las conclusiones extraídas del análisis efectuado. La primera parte se ha dividido en dos grandes apartados. El primero recoge un análisis del tratamiento que han recibido los enfermos mentales a lo largo de la historia, así como de la evolución que se ha experimentado al respecto. A su vez, en este apartado se analizan un conjunto de trastornos mentales que, por su naturaleza y evolución, pueden verse relacionados con la conducta violenta. El segundo apartado se centra en estudiar la responsabilidad penal atribuida a sujetos con un trastorno mental, destacando la inexistencia de un criterio universal que sirva de base para determinar la imputabilidad y, por ende, la importancia de una valoración exhaustiva de cada caso. La segunda parte consta de un único apartado que trata de exponer el estudio retrospectivo realizado, sus resultados y el análisis de los mismos. Por último, la tercera parte reúne las conclusiones generales del trabajo, todas ellas imprescindibles y que recalcan con claridad lo expuesto a lo largo del mismo.

2. TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y CRIMINALIDAD

2.1. Tratamiento histórico de la enfermedad mental

Desde hace siglos se ha venido utilizando el concepto de locura para hacer referencia a todas aquellas personas que padecían una enfermedad mental. La enfermedad mental ha sido concebida como una práctica demoníaca, de ahí que estos enfermos fueran sometidos a tratos inhumanos, degradantes e incluso se les anulara su condición humana (se les equiparaba con animales feroces o dañinos) (González, 2009). Además, existía una clara tendencia a ocultar a los enfermos mentales en centros psiquiátricos ubicados normalmente a las afueras de las ciudades, al considerar que su presencia suponía un peligro para el resto de la sociedad. A pesar de la evolución que se ha experimentado en torno al tratamiento de la enfermedad mental, dejando atrás los hospitales psiquiátricos tan recurridos en épocas pasadas y apostando por intervenciones comunitarias, sigue existiendo un cierto recelo en el discurso social hacia estas personas (San Juan y Vozmediano, 2018).

Al igual que los conceptos de salud y enfermedad mental son realidades simbólicas que varían en función del contexto cultural e histórico, con el concepto de locura ocurre lo mismo. De manera que en función de la época y de las ideas que rigen en cada momento histórico, se encuentran diferentes definiciones y tratamientos de la locura (González, 2009; San Juan y Vozmediano, 2018).

En la Edad Media, la locura era concebida como el resultado de una posesión demoníaca o de hechizos llevados a cabo mediante la brujería. Es decir, predominaba un concepto mágico-religioso de la enfermedad mental, siendo popular la idea de que los comportamientos anómalos y perturbadores eran fruto de una posesión diabólica. Todos los esfuerzos se dirigían a que el sujeto poseído por los demonios recuperara la paz y esta se conseguía expulsando de su cuerpo a los entes que tanto daño le estaban causando. Para ello, el tratamiento que se utilizaba era el exorcismo, cuyas técnicas, con el paso del tiempo, se hicieron más complejas y crueles (azotes, encadenamientos, torturas, inmersiones en agua caliente o helada, privación de alimentos...) (Stucchi-Portocarrero, 2013).

La manifestación de conductas anómalas (generalmente por parte de mujeres), caracterizadas por vulnerar los códigos sociales y las reglas aceptadas por la generalidad de la población, se relacionaba con posesiones demoníacas o ritos de brujería, cuando en realidad no eran más que expresiones fruto de la demencia senil, epilepsia, esquizofrenia o cualquier otro trastorno mental presente en esas personas.

El Renacimiento puso fin a las técnicas exorcistas e impulsó la tendencia a desvincular la enfermedad mental de la brujería.

Juan Gilaberto Jofré, un fraile español dedicado a la atención de los enfermos mentales y motivado por ayudar y mejorar el trato que estos recibían, fundó en 1409 el primer establecimiento público destinado a acoger enfermos mentales en Valencia. Su objetivo era dar cobijo a todos los enfermos mentales que se encontraban vagando por las calles de la ciudad. Además, Gilaberto fue el primero en implantar un tratamiento moral que más tarde sería retomado por los franceses. Este centro fue pionero en tanto que favoreció la creación de otras instituciones parecidas y pronto se fundaron otros establecimientos similares en diferentes puntos de la geografía española.²

El periodo correspondiente a la Edad Moderna se caracterizó por el encierro de los enfermos mentales en hospitales generales o asilos, ya que existía la necesidad de aislar al “loco” de la vida comunitaria. Los médicos no tenían conocimientos suficientes sobre las enfermedades mentales y sus recursos eran escasos. La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento, sino proteger al resto de la sociedad del peligro que suponía su presencia (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003).

Con la llegada de la Edad Contemporánea, los enfermos mentales comenzaron a recibir un trato más humano. En este sentido Philippe Pinel, médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, puso de manifiesto la necesidad de objetivar científicamente la enfermedad y la integración administrativa de la locura que hasta entonces había recibido un trato marginal. Fue Pinel quien inició la tendencia de librar a

² Fuente: <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2009/11/03/los-enfermos-mentales-en-la-edad-media/>

los enfermos mentales de las cadenas y los grilletes, apostando por tratamientos morales (Pileño et al., 2003).

En el siglo XIX, las enfermedades mentales se convirtieron en objeto de estudio médico. Los desórdenes psicológicos se consideraban disfunciones cerebrales que debían ser objeto de tratamiento moral según los principios establecidos por el psiquiatra Philippe Pinel. A pesar de que la situación mejoró con respecto a épocas anteriores y se profundizó en el abordaje de la enfermedad mental, no podía considerarse la época más idónea, debido a que al tratamiento de estas personas aún le quedaba mucho por mejorar, tanto a nivel jurídico como social y médico.³

Finalmente, en el siglo XX, como consecuencia de la motivación por investigar, tuvieron lugar una serie de tratamientos controvertidos. El primero de ellos, descubierto por el neurólogo italiano Ugo Cerletti, recibió el nombre de “*Terapia Electro-Convulsiva*”. Esta terapia, también llamada “*Electroshock*”, consistía en administrar al paciente una potente corriente eléctrica, provocándole una convulsión en el cerebro. Se entendía que gracias a la convulsión se producían cambios en el cerebro, pudiendo revertirse los síntomas de algunas enfermedades mentales. El segundo tratamiento que despertó una gran alarma fue la “*Lobotomía*”, desarrollado por los neurólogos Egas Moniz y Almeida Lima, consistente en una incisión quirúrgica llevada a cabo en el lóbulo de una glándula o de un órgano. Esta técnica tuvo su última aplicación en 1967 como consecuencia de la aparición de los antipsicóticos. Este siglo, además, se caracterizó por los avances científicos que tuvieron lugar a lo largo de este periodo: desarrollo del psicoanálisis, extensión de la clasificación clínica de las enfermedades mentales (Emil Kraepelin), desarrollo de la neurología, psicofarmacología, etcétera (Fuentes, 2012).

³ Fuente: https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm

2.2. Trastorno mental e impacto social

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017b), existe una gran variedad de trastornos mentales y de muy diferente naturaleza. Estos se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, lo que crea malestar en la persona y dificulta su adaptación al espacio socio-cultural en el que vive. Dependiendo de la persona, el trastorno se puede manifestar de una manera diferente, teniendo mucha importancia en su evolución el tratamiento que reciba. En la aparición de un trastorno mental, no solo influyen características individuales como la capacidad para gestionar los propios pensamientos, emociones, conductas e intercambios con el resto de personas, sino también factores culturales, sociales, económicos, políticos y ambientales.

A nivel mundial, se calcula que 450 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental que les provoca sufrimiento e incapacidad. Del total de esas personas, se estima que de 121 a 150 millones sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia; un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan llevar a cabo un acto suicida (Valencia Collazos, 2007).

Una clasificación operativa de los trastornos mentales es la que aparece recogida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. El primero de ellos fue desarrollado por la Asociación de Psiquiatría Americana, mientras que el desarrollo del segundo sistema de clasificación correspondió a la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con Vázquez, Sánchez y Romero (2014), la finalidad principal de estos sistemas, como sus propios nombres indican, es realizar un diagnóstico, es decir, clasificar a las personas en dos grupos: los que padecen una enfermedad mental y los que no la padecen. Para cada trastorno se establecen una serie de criterios, cuyo cumplimiento conlleva el diagnóstico del padecimiento correspondiente. De esta manera, cada individuo queda sujeto a una categoría diagnóstica determinada. Una vez establecido el diagnóstico, se trata de proporcionar al sujeto el tratamiento que mejor se adecúe a su patología. Esta clasificación puede inducir en las personas una concepción errónea de la enfermedad

mental, ya que no se trata de una variable dicotómica (se tiene o no), sino de una escala compuesta por una infinidad de valores.

Vázquez et al. (2014) entienden que las etiquetas diagnósticas no pueden considerarse realidades en sí mismas, sino construcciones teóricas que intentan, en un momento histórico determinado, dotar de un orden a la gran variedad de la realidad. Las categorías diagnósticas pueden concebirse como nombres que se utilizan para organizar a la sociedad. Los trastornos recogidos en estos manuales varían en función del contexto histórico, poniendo de manifiesto que las categorías psiquiátricas son provisionales y cambiantes. De una edición a otra, se introducen nuevas etiquetas y se eliminan otras. Esto no solo se debe al avance científico, sino también a los cambios culturales, económicos y sociales.

En definitiva, a pesar de la importante función que desempeñan estos sistemas de clasificación, sin los cuales los individuos no podrían ser diagnosticados y, por tanto, recibir un tratamiento que se adecúe a sus necesidades, también conllevan consecuencias negativas como la consolidación de un estigma social. Al categorizar a los sujetos, es decir, al establecer una etiqueta, se crea un estigma en torno a estas personas, pudiendo llegar a ser tratados como diferentes, enfermos y desviados. Por esta razón, una de las críticas más frecuentes que reciben estos sistemas diagnósticos es que son potenciales fabricantes de etiquetas nocivas (Vázquez et al., 2014).

2.3. Violencia y trastornos mentales

Echeburúa (2018) define la agresividad como la capacidad de respuesta del ser humano para defenderse de los peligros potenciales que proceden del exterior. Se trata de una respuesta adaptativa que favorece la capacidad de sobrevivir, siendo una de las estrategias de afrontamiento de los seres humanos.

La violencia, en cambio, conlleva una agresividad descontrolada, desadaptativa y con carácter destructivo. Puede definirse como un conjunto de acciones que carecen de sentido de supervivencia y que se dirigen a destruir objetos y personas, constituyendo una profunda disfunción social. Es decir, se trata de una cadena de conductas de carácter intencional y gratuito cuyo objetivo es causar daño a otros seres humanos, sin que se

obtenga ningún beneficio para la supervivencia. En definitiva, la violencia es una agresividad dotada de valores afectivos negativos como el odio, venganza, celos, humillación, que desprende un gran peligro y que se caracteriza por ser específicamente humana, habiendo estado presente a lo largo de la historia de la humanidad (Echeburúa, 2018).

A menudo las personas encuentran dificultades a la hora de buscar razones para justificar o entender la violencia y estos inconvenientes se incrementan cuando esta va acompañada de crueldad. Es muy frecuente que ante sucesos inexplicables la enfermedad mental sea entendida como la causante de la conducta. Es decir, la sociedad tiende a relacionar los sucesos más crueles que ocurren en su entorno con el padecimiento de una determinada psicopatología. Esto se debe a que existe una creencia popular de que los crímenes que, supuestamente, no tienen explicación lógica, se encuentran íntimamente ligados a la enfermedad mental del sujeto que los ha perpetrado. Se podría decir que las personas necesitan entender los sucesos más atroces a través de una psicopatología. Esto se debe a que la sociedad no es capaz de comprender cómo una persona aparentemente “normal” o, al menos, sin un trastorno mental de relevancia clínica, tiene la capacidad de cometer actos tremendamente desviados (San Juan y Vozmediano, 2018). Pensar que un comportamiento inhumano o socialmente inaceptable es el resultado de una enfermedad mental evita el trance de aceptar la existencia de la maldad en las personas de nuestra especie, lo que supone a su vez la negación de la responsabilidad que las personas tienen de sus propios actos (Echeburúa, 2018). En este sentido, el recurso más utilizado es la *hipótesis psicopatológica* o, en otras palabras, la consideración de que la mayoría de las conductas inexplicables por su maldad son protagonizadas por personas aquejadas de un trastorno mental (San Juan y Vozmediano, 2018).

Esta creencia tan extendida ha sido contradicha por la evidencia científica, poniendo de manifiesto que el enfermo mental entra en conflicto con la ley con mucha menor frecuencia que el resto de la población. El problema surge cuando se califica como enfermo mental al que simplemente es un sujeto perverso o con conductas antisociales. Esto ocurre diariamente en los medios de comunicación, que tienden a hablar de enfermedad mental ante cualquier conducta cruel y violenta. Los medios no son más que el reflejo del discurso social, motivo por el que asumen que la única explicación plausible ante este tipo de actos es el padecimiento de un trastorno mental (Fuentes, 2012).

Fuentes (2012) afirma que, además de la vinculación que se establece entre psicopatología y criminalidad, existe también la tendencia a concebir la enfermedad mental como un padecimiento incurable. El tratamiento dirigido a los enfermos mentales es considerado un fracaso y se apuesta por su aislamiento como única forma de evitar la reincidencia de estos sujetos. De esta manera, se va creando una imagen del enfermo mental como un sujeto potencialmente peligroso, que atenta contra la seguridad del resto de los ciudadanos. Sin embargo, atendiendo a la evidencia empírica, se confirma que no hay nada más lejos de la realidad que estas creencias. Los trastornos mentales que, con mayor frecuencia, conllevan conductas agresivas y antisociales son muy concretos. Además, estas suelen manifestarse durante periodos muy limitados. Es decir, la actividad delictiva no es un síntoma de los trastornos mentales, siendo más probable su aparición cuando estos no son tratados de manera adecuada (por ejemplo, interrupción del tratamiento).

En definitiva, a pesar de la alarma social que suscita la relación entre enfermedad mental y violencia, la mayoría de las personas que padecen un trastorno mental no son violentas, siendo estos sucesos protagonizados mayoritariamente por personas que no sufren ningún tipo de psicopatología. De hecho, quienes protagonizan la violencia interpersonal suelen ser personas inadaptadas en las que determinados sucesos vitales (abuso infantil, falta de cohesión familiar, problemas económicos, castigos físicos, consumo de alcohol y drogas) les han llevado a adoptar un estilo de vida violento y marginal, en vez de enfermos mentales (Echeburúa, 2018).

2.4. Relación entre determinadas psicopatologías y la conducta violencia

A continuación, se presentan algunos de los trastornos mentales que con más frecuencia constituyen un factor de riesgo delictivo en las personas que los padecen. No obstante, el hecho de que una persona tenga diagnosticado alguno de los trastornos mentales mencionados, no significa necesariamente que vaya a manifestar conductas delictivas, sino que existe un mayor riesgo de que desarrolle este tipo de comportamientos. De hecho, como ya se ha señalado, solo una pequeña parte de los hechos violentos son protagonizados por pacientes psiquiátricos, siendo generalmente la crueldad propia de las personas no trastornadas. Concretamente, este apartado se va a centrar en explicar con claridad siete psicopatologías que, por su naturaleza y desarrollo, pueden encontrarse relacionadas con la violencia y, en consecuencia, con el delito. Como se verá más

adelante, cada uno de los trastornos mentales será el desencadenante de tipologías delictivas diferentes (Echeburúa, 2018; San Juan y Vozmediano, 2018).

2.4.1. Discapacidad intelectual

La inteligencia puede definirse como una función compleja del ser humano a través de la cual las personas son capaces de aprender, de adquirir conocimientos, de organizarse y de vivir de manera autónoma. No se trata de una función unitaria, sino de un conjunto de capacidades específicas y con diferente nivel de desarrollo (Carrasco y Maza, 2010).

La discapacidad intelectual es una alteración de la inteligencia y, concretamente, un trastorno del neurodesarrollo. En la anterior versión del DSM, este trastorno recibía el nombre de *retraso mental* y su gravedad (leve, moderada, grave y profunda) venía determinada por la puntuación obtenida del coeficiente intelectual. Esto ha cambiado con el DSM-V, con el que ha pasado a recibir el nombre de *discapacidad intelectual* y sus niveles de gravedad varían en función de las competencias intelectuales que padezca el sujeto en relación con su edad (San Juan y Vozmediano, 2018).

De acuerdo con este manual, los criterios básicos de la discapacidad intelectual son los siguientes (San Juan y Vozmediano, 2018):

- Déficits en el funcionamiento intelectual, como el razonamiento, la solución de problemas, la planificación, la toma de decisiones, etc.
- Déficits en el funcionamiento adaptativo, como el fracaso en los estándares sociales y culturales para lograr autonomía personal y responsabilidad social.
- Inicio durante el periodo de desarrollo.

No es muy frecuente que personas aquejadas de este trastorno cometan actos delictivos. Sin embargo, cuando esto ocurre, los delitos que con mayor frecuencia predominan en estas personas son contra la identidad e indemnidad sexuales, exhibicionismo o abusos sexuales de poca gravedad. También son habituales los delitos contra el patrimonio y los delitos de lesiones perpetrados por sujetos que tienen un perfil más impulsivo (San Juan y Vozmediano, 2018).

En sujetos que padecen una discapacidad intelectual, la violencia se caracteriza por ser imprevisible y poco elaborada. Con frecuencia la conducta violenta se produce en respuesta a frustraciones o a deseos primarios por conseguir algo elemental. Es habitual también que los medios empleados sean elementales, como piedras para golpear el cráneo de las víctimas, provocar incendios, etcétera. El riesgo de conductas violentas se incrementa cuando existe comorbilidad entre una discapacidad intelectual de tipo leve o moderada y un abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno de la personalidad (Carrasco y Maza, 2010; Echeburúa, 2018).

Si la discapacidad intelectual que posee el sujeto es profunda o le imposibilita de cara a comprender la ilicitud de su conducta, es habitual la aplicación de la eximente completa del artículo 20.1 del Código penal, al ser considerado inimputable. También puede ocurrir que la discapacidad intelectual del sujeto no conlleve una merma completa de sus facultades, pudiendo tener cabida una circunstancia modificativa de la responsabilidad, como la eximente incompleta o la atenuante analógica recogida en el artículo 21.7 del Código Penal. Se deberá, por tanto, realizar una valoración de cada caso a efectos de determinar en qué medida dicha discapacidad es susceptible de alterar el estado psicológico del sujeto. Para valorar la capacidad de culpabilidad, no solo debe tenerse en cuenta el estado de las capacidades psíquicas y adaptativas del sujeto en relación con el delito cometido, sino también su grado de socialización, su capacidad de aprendizaje y de autonomía personal, sus capacidades específicas y las habilidades que disponga. Además, es importante examinar el grado de complejidad y esfuerzo intelectual que requiere la conducta que ha llevado a cabo (San Juan y Vozmediano, 2018).

2.4.2. Demencia

La demencia se puede definir como un trastorno de base orgánica cerebral que implica un deterioro global de las funciones cognitivas -especialmente de la memoria-, pudiendo presentarse junto con alteraciones en la esfera afectiva y conductual -apatía, depresión, agitación o agresividad-, lo que conlleva una pérdida de autonomía y dificultades en la realización de actividades sociales. Son síntomas habituales en estos sujetos la desorientación, el descuido de la higiene personal, la incapacidad para aprender o para recordar cosas del pasado y la pérdida de juicio crítico. La demencia puede producir anomalías en la expresión de las emociones y, como consecuencia, estallidos de ira hacia

un familiar o conductas descontroladas o desinhibidas en el ámbito sexual, como abusos sexuales a menores o cuidadores. Aparentemente, son individuos incapaces de comportarse de manera violenta, en cambio, la realidad es que en los casos más graves pueden llegar a agredir a alguien incluso valiéndose de un instrumento peligroso (por ejemplo, un martillo o un cuchillo). El riesgo de conductas violentas es mayor cuando la demencia se encuentra en una fase inicial, así como cuando va acompañada de otra patología. En cualquier caso, es importante tener en cuenta que más que conductas violentas, son actos impúdicos los que con mayor frecuencia protagonizan estos sujetos (Echeburúa, 2018; Tejero, González y Fernández, 2003).

La responsabilidad penal de los sujetos con demencia puede variar en función de si su patología se encuentra totalmente desarrollada o en los primeros estadios, pudiendo apreciarse una eximente completa o una simple atenuante (Vázquez, 2005).

2.4.3. Trastorno depresivo

La depresión es un trastorno muy frecuente entre la población, siendo la principal causa de discapacidad y afectando aproximadamente al doble de mujeres que de hombres. Cuando una persona deprimida se encuentra en fase aguda, se siente desproporcionadamente triste, decaída, sin fuerzas para llevar a cabo actividad alguna y llena de pensamientos negativos sobre sí misma, lo que le lleva a aislarse de su entorno y de su vida social. También es un síntoma habitual de la depresión los cambios en la capacidad de entendimiento del sujeto, predominando los bloqueos, la falta de agilidad, los despistes y la incapacidad para tomar decisiones o para planificarse (Echeburúa, 2018).

Estos sujetos tienden al suicidio o a hacerse daño a sí mismos. No obstante, no se puede descartar el riesgo de violencia en estos individuos, sobre todo cuando existe comorbilidad con el consumo de drogas o con un trastorno de la personalidad, concretamente, con rasgos antisociales. El momento más peligroso de la depresión se produce cuando el sujeto experimenta una mejoría, pudiendo protagonizar un parricidio o un filicidio (que suelen ir acompañados de suicidio) o un asesinato en masa por desesperación. La frustración acumulada, la atribución de la culpa a factores externos, la pérdida reciente de una persona querida o el aislamiento de la vida social son algunos de

los factores que pueden provocar en estas personas conductas violentas. En definitiva, son la venganza y el odio los sentimientos que le llevan al sujeto a causar estas muertes (Echeburúa, 2018; Carrasco y Maza, 2010).

2.4.4. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

La impulsividad se puede definir como un rasgo de personalidad que supone renunciar a estímulos significativos pospuestos en el tiempo con la finalidad de implicarse en gratificaciones inmediatas que pueden conllevar dificultades en la vida cotidiana. Todas las personas tienen un cierto grado de impulsividad, sin que por ello se les atribuya relevancia clínica. Sin embargo, la impulsividad se califica de patológica cuando los impulsos le llevan al sujeto a realizar conductas dañinas para sí mismo o para los demás, sin que pueda controlarlos debido a su duración o intensidad anormalmente elevada (Echeburúa, 2018). Estos trastornos se caracterizan por la manifestación de conductas que vulneran los derechos de los demás o por generar conflictos importantes entre el individuo y las normas de la sociedad o las figuras de autoridad (San Juan y Vozmediano, 2018).

Los individuos aquejados de un trastorno de este tipo, tienen dificultades para resistir un impulso, una motivación o una tentación de realizar un acto perjudicial para sí mismos o para otras personas. Estos impulsos se caracterizan por ser repetitivos y por no tener una motivación clara. Previamente a la comisión de la conducta, el individuo percibe una sensación de tensión intensa o activación interna, que se ve reducida en el momento de llevarla a cabo, experimentando placer, gratificación o liberación. Una vez realizada la conducta, puede existir arrepentimiento, autorreproches o culpa (Vázquez, 2005).

Ante un estímulo de este tipo, el individuo es capaz de conocer y comprender un hecho e incluso de racionalizar su ilicitud. A pesar de ello, la conducta que lleva a cabo en respuesta a ese estímulo no entra dentro de su racionalidad. Es decir, la tensión previa que experimenta se describe como irresistible y esto provoca que el sujeto no sea capaz de controlar sus acciones (Carrasco y Maza, 2010).

Entre los trastornos que pertenecen a este grupo, San Juan y Vozmediano (2018) destacan los siguientes: *trastorno negativista desafiante*, *trastorno explosivo intermitente* y *trastorno de la conducta*:

Trastorno negativista desafiante

Se caracteriza por un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles. Es habitual que el individuo que padece este trastorno adopte una actitud que se caracterice por ser vengativa y por buscar continuamente discusiones con los demás, así como por atribuir la culpa al resto de sus propios errores (Mayoral, Peña, Lloveras, Collado y Sánchez, 2016; San Juan y Vozmediano, 2018). Normalmente, las personas que padecen este trastorno no suelen llevar a cabo conductas ilícitas. Sin embargo, la comorbilidad con el TDAH⁴, trastorno de la conducta o consumo de drogas puede provocar en el sujeto la comisión de delitos como el robo con intimidación y/o con violencia, maltrato o delito de lesiones (Mayoral et al., 2016).

Trastorno explosivo intermitente

Se caracteriza por un patrón aleatorio y recurrente de arrebatos agresivos y desproporcionados que no tienen un motivo ni un objetivo concreto y que conllevan alteraciones o perjuicios graves en el entorno físico y social y en el propio sujeto (Mayoral et al., 2016). Estos episodios reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad que puede manifestarse verbal o físicamente (San Juan y Vozmediano, 2018). Quienes padecen este trastorno, describen que la reacción que experimentan frente al estímulo se realiza con apenas tiempo de reflexión, casi sin mediar o intercambiar palabras con la víctima. Además, es habitual que estas personas se unan a otras y que formen grupos violentos, buscando e incluso provocando estímulos que les faciliten entrar en acción. Durante estos episodios violentos, pueden producirse una gran variedad de conductas delictivas, desde dañar propiedades hasta atacar a personas provocándoles lesiones e incluso la muerte. La frecuencia de este tipo de conductas puede verse incrementada con el consumo de sustancias tóxicas, especialmente con el alcohol (Carrasco y Maza, 2010).

Trastorno de conducta

Se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de conductas que vulneran las normas sociales y los derechos básicos de los demás. Esto puede ir acompañado de conductas agresivas contra personas o animales, destrucción de propiedades, robos, etcétera (San Juan y Vozmediano, 2018). Esta categoría diagnóstica engloba a niños y adolescentes, hasta los 18 años, cuyos rasgos de personalidad son el perfil psicopatológico-social de los

⁴ Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

delincuentes infanto-juveniles. Muchos de estos menores, al llegar a la edad adulta continúan con los mismos patrones de conducta, recibiendo el diagnóstico de “*trastorno antisocial de la personalidad*” (Carrasco y Maza, 2010). Se estima que aproximadamente el 80% de los jóvenes detenidos por llevar a cabo delitos violentos presentan este trastorno (Mayoral, et al., 2016).

En general, los individuos que padecen un trastorno del control de impulsos no tienen alterada su capacidad cognitiva, siendo plenamente conscientes de la ilicitud de sus conductas. Esto se refleja claramente en los sentimientos de culpa y remordimientos que suelen experimentar tras realizar la conducta. La capacidad volitiva, en cambio, es la que con frecuencia se encuentra alterada, incapacitando al sujeto para controlar sus actos. Por lo tanto, cada caso requiere una valoración detallada de cara a determinar el grado de afectación de esta facultad, pudiendo aplicarse la eximente completa del artículo 20.1, así como una atenuante que se adecúe a su estado. Es importante tener en cuenta que la exención o disminución de la responsabilidad penal solo es posible en aquellos casos en los que la conducta delictiva esté directamente relacionada con el trastorno que padece el sujeto (San Juan y Vozmediano, 2018).

2.4.5. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

El grupo de las esquizofrenias y otros trastornos psicóticos es el que más se identifica con el paradigma de la locura. 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).

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).

Delirios. Son 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. 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).

Existen diferentes subtipos de esquizofrenia⁵, entre los que es digno de mención el tipo paranoide. Este se caracteriza por la presencia y predominio de delirios y alucinaciones,

⁵ Subtipos de esquizofrenia:

- Tipo paranoide (ideas delirantes y alucinaciones).

así como por la conservación del rendimiento intelectual y de la lógica por los temas cotidianos. Además, es el tipo de esquizofrenia que con mayor frecuencia conlleva actos agresivos, violentos y delictivos, como consecuencia de sus manifestaciones psicopatológicas (Carrasco y Maza, 2010).

La mayoría de los actos violentos cometidos por estas personas se relacionan con la presencia de síntomas positivos, es decir, con delirios de persecución, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas provocan en el sujeto un estado de descontrol y, en consecuencia, el desarrollo de una conducta violenta, al ser percibidas como reales o como determinantes de su comportamiento. Concretamente, la probabilidad de que ocurra una conducta violenta se incrementa con la aparición conjunta de actitudes hostiles y de suspicacia, pensamiento desorganizado, delirios de persecución y alucinaciones auditivas. Cuando esto ocurre, el sujeto actúa de forma automática e irracional (Echeburúa, 2018; Vázquez, 2005).

Los sujetos diagnosticados de esquizofrenia no son libres, sino que actúan motivados por imperiosas fuerzas internas que son percibidas como irresistibles. Esta fuerza irresistible les lleva a realizar conductas extremadamente violentas y peligrosas, sin que verdaderamente exista una intencionalidad consciente de hacer daño. Normalmente, la violencia es ejercida sobre algún familiar cercano o cuidador, con el que no tiene ningún tipo de problema o es de poca importancia. Se caracterizan por ser actos impulsivos, ansiosos, no planificados y desorganizados, existiendo una cierta indiferencia por las consecuencias de los mismos (Echeburúa, 2018). En los casos más graves pueden cometerse delitos como el homicidio o asesinato, que destacan más por la violencia,

-
- Tipo desorganizado (lenguaje desorganizado, pérdida de asociaciones verbales, disgregación, alteración grave de la afectividad, disfuncionalidad para las actividades cotidianas...).
 - Tipo catatónico (actividad motora excesiva, crisis de agitación psicomotriz, inmovilidad, negativismos, no omisión de lenguaje verbal, pensamiento repetitivo...).
 - Tipo indiferenciado (casos que no cumplen los criterios diagnósticos para ser catalogados como paranoide, desorganizado o catatónico).
 - Tipo residual (existencia de un estado anormal tras un episodio de síntomas negativos - empobrecimiento general y del lenguaje, frialdad o aplanamiento y discordancia afectivos, desinterés e inactividad social-).

absurdez e irracionalidad con la que son llevados a cabo que por su frecuencia (Vázquez, 2005).

La probabilidad de que ocurran estos actos se incrementa cuando el sujeto no es consciente de su enfermedad y rechaza o abandona el tratamiento. Cuando esto ocurre, el sujeto esquizofrénico puede llegar a perder el contacto con la realidad, atribuyendo sus actitudes o intenciones hostiles a los demás o incluso a sus fantasmas imaginarios. También son predictores de comportamientos violentos la posible historia de violencia previa o de victimización y el aislamiento familiar y social, como consecuencia de la estigmatización o de la discriminación (Esbec y Echeburúa, 2016b). Otro factor de riesgo es el consumo de sustancias psicotrópicas que actúa como desencadenante de múltiples delitos. Es decir, la asociación e interacción entre esquizofrenia y consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas desencadena una de las situaciones de mayor riesgo de conductas violentas de todos los diversos trastornos psíquicos (Carrasco y Maza, 2010).

La actividad delictiva de los esquizofrénicos puede surgir en cualquier momento evolutivo, no obstante, es más habitual su aparición en los primeros episodios (incluso en el primero de ellos). Las conductas que se manifiestan en un primer episodio de brote pueden no volver a darse nunca más, siendo delitos únicos, bien por la evolución favorable de la enfermedad o por estar sometido al correspondiente tratamiento (Carrasco y Maza, 2010).

En la valoración de la imputabilidad del sujeto esquizofrénico, el primer paso es el diagnóstico de la enfermedad mental, tanto de la variedad clínica como de la fase evolutiva en la que se encontraba el mismo en el momento de los hechos. Además, es imprescindible determinar si existe o no conexión entre el delito cometido y la temática delirante del sujeto (Carrasco y Maza, 2010). Frecuentemente, la capacidad para comprender la ilicitud de los hechos se encuentra anulada en estos sujetos, mientras que la capacidad para adecuar su conducta a dicha comprensión queda totalmente condicionada por la vivencia psicótica (Esbec y Echeburúa, 2016b). No obstante, el diagnóstico de esquizofrenia no es suficiente para modificar su responsabilidad penal, debiéndose realizar un análisis y una valoración individual de cada caso (Carrasco y Maza, 2010).

Normalmente, este cuadro clínico conlleva la inimputabilidad del sujeto prevista en el artículo 20.1 del Código Penal, al determinar que ha actuado bajo los efectos de un brote psicótico, teniendo sus facultades intelectivas y volitivas completamente anuladas. También puede ocurrir que el sujeto no haya realizado la conducta delictiva bajo un brote psicótico pero que presente un comportamiento anómalo atribuible a su enfermedad, en cuyo caso podría tener lugar la eximente incompleta del artículo 21.1 (Esbec y Echeburúa, 2016b).

Otro de los trastornos psicóticos que también puede estar relacionado con la ejecución de conductas delictivas es el trastorno delirante. De acuerdo con el DSM-V, lo que caracteriza a este diagnóstico es la presencia de una estructura delirante en el sujeto, vinculada a una aparente conservación íntegra de otras funciones psíquicas superiores. Es decir, quienes presentan este trastorno manifiestan conductas anómalas relacionadas con su delirio, mientras que el resto de sus conductas y sentimientos son adecuados, como se puede esperar de una persona normal. Por lo tanto, la diferencia principal con la esquizofrenia reside en que el sujeto presenta delirios conservando completamente el resto de su personalidad y sin un curso evolutivo deteriorante (Carrasco y Maza, 2010). Otra de las diferencias es que en este trastorno las ideas delirantes no son necesariamente extravagantes, de modo que pueden ser concebidas como reales y posibles en la vida cotidiana. Su comienzo suele ser lento y progresivo y, a diferencia de lo que ocurre en la esquizofrenia, no se manifiesta inicialmente de forma brusca (Echeburúa, 2018). Estos sujetos pueden ser potencialmente peligrosos debido a que su capacidad cognitiva no suele encontrarse significativamente mermada, siendo conscientes de su conducta delictiva. A esto se debe añadir la aparente normalidad psíquica, la agresividad que se desprende de sus ideas delirantes y la ausencia de conciencia de enfermedad que manifiestan estos sujetos. Los delitos que llevan a cabo, además de ser inexplicables, se caracterizan por su premeditación, lucidez y refinamiento. Es habitual que actúen en solitario, que sientan haber hecho justicia con el hecho cometido y que justifiquen su conducta. El desapego emocional, la frialdad y el embotamiento afectivo que experimentan les lleva a no mostrar ningún tipo de arrepentimiento, incluso a quedarse en el lugar de los hechos y a reconocer su autoría (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018).

En los casos de trastorno delirante es difícil determinar el grado de responsabilidad penal que corresponde a cada sujeto. Esto se debe a que el trastorno no es tan notorio y a que el delirio puede resultar plausible, de modo que el órgano juzgador puede creer conservadas las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto. Normalmente, el pensamiento delirante reduce la capacidad de autodeterminación del sujeto, no obstante, se convierte en una tarea de extrema complejidad el determinar cuándo ha de aplicarse la eximente completa o incompleta, la atenuante o la plena imputabilidad. Como regla general, los sujetos con este trastorno tienen una visión distorsionada de la realidad debido a sus ideas delirantes, ajustando sus actos a esa percepción y llevándolos a cabo en respuesta a su necesidad delictiva (Vázquez, 2005; Echeburúa, 2018).

2.4.6. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

La asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos es una de las características más relevantes del consumo de sustancias. Estos trastornos conllevan un cambio en los circuitos cerebrales del sujeto que persisten tras el periodo de desintoxicación. Como consecuencia, las recaídas y el deseo irresistible de consumir una determinada sustancia son habituales, presentándose cada vez que el sujeto se expone a estímulos relacionados con la droga y que le pueden llevar a la comisión de conductas delictivas (San Juan y Vozmediano, 2018).

Existe una estrecha relación entre el consumo abusivo de alcohol y de otras sustancias tóxicas y la delincuencia violenta. El consumo de sustancias no conduce necesariamente a conductas delictivas, lo que ocurre es que hay algunas personas en las que el exceso de tóxicos está directamente relacionado con la delincuencia. Por lo tanto, ninguna droga es por sí misma criminógena, sino que la criminalidad deriva de múltiples factores personales, familiares, sociales y situacionales (Esbec y Echeburúa, 2016a). En este sentido, es habitual que el abuso de sustancias se produzca junto a otros diagnósticos, concretamente con el grupo B⁶ de los trastornos de personalidad y dentro de este, con el trastorno antisocial de la personalidad. De hecho, el trastorno antisocial de la personalidad y su precursor en la infancia –trastorno de conducta- muestran una correlación muy fuerte con el consumo de sustancias, en particular con el alcohol (Garrido, 2008).

⁶ Trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad.

San Juan y Vozmediano (2018) afirman que, en la población drogodependiente, los delitos que con mayor frecuencia suelen cometerse se engloban dentro de la delincuencia funcional e inducida. La delincuencia funcional es aquella que hace referencia a delitos cometidos con el propósito de procurarse la droga requerida. La delincuencia inducida, en cambio, se refiere a delitos cometidos bajo los efectos de una intoxicación. En este sentido, la delincuencia funcional engloba delitos como los robos con violencia o las lesiones, mientras que la delincuencia inducida se caracteriza por episodios violentos, como violencia contra la pareja o agresiones sexuales.

Desde un punto de vista forense, el consumo de alcohol y otras drogas puede alterar significativamente la imputabilidad de los individuos en función de la influencia que su consumo produce en las facultades intelectivas y volitivas de los mismos (San Juan y Vozmediano, 2018). La incidencia que el consumo de drogas puede tener sobre la esfera intelectual y volitiva del autor del delito varía en función de la clase de consumo y de la sustancia ingerida. A pesar de ello, la regla general reside en que dicho consumo afecta fundamentalmente a la facultad volitiva del sujeto, de modo que puede experimentar una merma o pérdida de control de su voluntad, lo que incide en la libre ejecución de sus conductas (Muñoz, 2014). Ahora bien, para que este consumo sea susceptible de modificar la imputabilidad del sujeto, debe existir una relación causal entre dicho consumo y el delito cometido, dado que hay casos de drogodependientes que delinquen por otros motivos que nada tienen que ver con su dependencia. Por esta razón, es importante diferenciar entre el *drogadicto-delincuente*, que delinque bajo los efectos de una intoxicación o por carecer de droga y necesitar dinero para procurársela, del *delincuente-drogadicto*, que normalmente presenta un trastorno antisocial o narcisista de la personalidad y cuenta con un amplio historial delictivo y en el que el consumo de drogas es un hecho tangencial (Esbec y Echeburúa, 2016a).

También existen los llamados *trastornos no relacionados con sustancias* que hacen referencia a las “dependencias sin sustancia” o dependencias psicológicas. El único que aparece recogido en el DSM-V es el juego patológico, pero también son destacables la adicción al sexo, a las compras o a internet; las dependencias relacionales y la dependencia al móvil. Estas dependencias hacen referencia a determinadas conductas que terminan siendo adictivas, produciendo malestar psicológico en el individuo que perturba gravemente su calidad de vida. El problema de estas adicciones no es la conducta en sí

misma, sino la relación que el sujeto establece con esta, pudiendo convertir cualquier acto placentero en adictivo si no hace un uso adecuado de él (San Juan y Vozmediano, 2018).

El jugador patológico normalmente tiene problemas familiares, pone en riesgo su patrimonio al vender joyas y propiedades, arriesga su puesto de trabajo hasta el punto de ser despedido, comete actos delictivos, se endeuda e incluso miente con el objetivo de conseguir dinero para seguir jugando. A efectos de responsabilidad penal, el solo hecho de padecer este diagnóstico no debe conducir directamente a una disminución de la imputabilidad. Además de la categoría diagnóstica, es necesario tener en cuenta los efectos y la intensidad de los síntomas en el momento de los hechos, así como su repercusión sobre las facultades del sujeto. Se debe tener en cuenta también la posible comorbilidad con otros trastornos o anomalías psíquicas, entre ellos el consumo de sustancias (Carrasco y Maza, 2010).

2.4.7. Trastornos de la personalidad

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 cultural del sujeto. Este patrón, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, produce malestar psicológico y un deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen (San Juan y Vozmediano, 2018). Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo. Cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos, se entiende que constituyen un trastorno, provocando un deterioro funcional significativo. Las áreas que pueden verse afectadas son la cognoscitiva, afectiva, actividad interpersonal o control de los impulsos (Vázquez, 2005).

Como regla general, los individuos con trastorno de la personalidad se caracterizan por su conflictividad social, por su oposición a las normas y autoridades y por la manipulación que ejercen sobre su entorno. Es habitual que pertenezcan a familias desestructuradas o con carencias afectivas, que tengan problemas académicos y que manifiesten conductas anormales precoces como fugas del hogar o consumo de sustancias tóxicas. Estos individuos no son capaces de aprender de la experiencia y, en consecuencia, no dejan de realizar conductas antisociales a pesar de sus efectos nocivos (Carrasco y Maza, 2010).

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 grupos que integran el epígrafe de “Trastornos de Personalidad”. Atendiendo 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 ⁷.
- *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.

Puede ocurrir que un sujeto presente al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad, pudiendo pertenecer a grupos distintos o al mismo. Cuando esto ocurre, recibe el nombre de *trastorno mixto de la personalidad*. De igual manera, también puede suceder que 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. En estos casos, se entenderá que el sujeto padece un *trastorno de personalidad no especificado* (Vázquez, 2005).

Los trastornos de la personalidad constituyen un riesgo clínico significativo para las conductas violentas. Concretamente es el grupo B el que está más vinculado a la violencia y a la consiguiente conducta criminal. Además, los sujetos que pertenecen a este grupo son los que están más relacionados con el consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas), siendo este un claro desencadenante de la violencia (Echeburúa, 2018).

En este sentido, resulta de interés el Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP), debido a la conexión que guarda con las conductas violentas. Se trata de sujetos que, a

⁷ Conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o respuestas emocionales desproporcionadas).

pesar de mostrarse ante los demás como personas soberbias, arrogantes, autoritarias, con afán de notoriedad y necesidad de admiración, esconden una gran falta de seguridad, profundos sentimientos de envidia y sensibilidad hacia todo tipo de rechazo o desprecio. Este trastorno alcanza el nivel más alto de violencia cuando existe comorbilidad con rasgos psicopáticos y con el trastorno antisocial de la personalidad. Su relación con la carrera delictiva viene determinada por la alta impulsividad, inestabilidad emocional, explosiones de ira, baja tolerancia a la frustración, egocentrismo, poca empatía, frialdad emocional, búsqueda de nuevas sensaciones y dificultad para mantener vínculos afectivos por la que se caracterizan estos sujetos (Aguilar, 2017; Echeburúa, 2018).

Otro de los trastornos de personalidad con mayor interés jurídico y forense es el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). Su estrecha similitud con la psicopatía ha llevado a numerosas discusiones de cara a esclarecer si se trata del mismo cuadro clínico pero con denominaciones diferentes o si existen aspectos que los diferencian. Otro de los motivos de su especial relevancia es que la personalidad antisocial es la que con mayor frecuencia puede encontrarse en los sujetos que delinquen (Carrasco y Maza, 2010).

En definitiva, se trata de trastornos que, caracterizados por la presencia de rasgos anómalos de personalidad, 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 (trastorno límite), falta de empatía e incapacidad para adaptarse a las normas (psicopatía), errores atribucionales severos (trastorno paranoide) o dependencia absoluta (trastorno dependiente). 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 (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018).

2.4.7.1. Trastorno Antisocial de la Personalidad vs. Psicopatía

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 los trastornos de la personalidad, fundamentalmente 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 apartado análogo que sí aparece regulado en este manual es el trastorno antisocial de la personalidad. (San Juan y Vozmediano, 2018).

El TAP se caracteriza por un patrón dominante de desprecio y violación de los derechos de los demás. Es habitual que los individuos diagnosticados de TAP manifiesten conductas irresponsables, problemas interpersonales, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para demorar la gratificación y el deseo por experimentar nuevas sensaciones o desafíos y riesgos. Se caracterizan por ser impulsivos, arrogantes e insensibles, de ahí su ausencia de remordimientos, que se pone de manifiesto con la indiferencia o racionalización del hecho cometido (a pesar de haber herido, maltratado o robado a alguien) (Aguilar, 2017). En suma, 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). 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).

En cuanto a la psicopatía, no existe un acuerdo unánime ni respecto a su denominación ni acerca de su constructo o definición. Como consecuencia, existen diferentes puntos de

vista en torno a este fenómeno (López y Núñez, 2008). En cualquier caso, la psicopatía es percibida como un problema grave para la sociedad. Esto se debe a que, a pesar de que no todos los psicópatas entren en contacto con la justicia, presentan un alto riesgo de llevar a cabo conductas violentas (Carrasco y Maza, 2010). En términos generales, la psicopatía puede definirse como un trastorno de la personalidad que se caracteriza por la presencia de rasgos egocéntricos, impulsivos e irresponsables. Las emociones que muestran los psicópatas son superficiales, de ahí que no sean capaces de sentir empatía, culpa o remordimientos. La manipulación, la mentira patológica y la violación de las normas sociales son también aspectos característicos de la psicopatía (San Juan y Vozmediano, 2018). Ahora bien, la imagen social que se tiene del psicópata como un depredador que captura a sus víctimas y causa su muerte sin remordimientos corresponde únicamente a una parte de este colectivo. Es decir, la mayoría de los psicópatas están integrados en la sociedad y no se comportan violentamente, mientras que el porcentaje de sujetos que actúan de esa manera es muy reducido (Carrasco y Maza, 2010).

En este sentido, Vicente Garrido (2003a) establece una distinción entre psicópatas criminales y psicópatas integrados. Al primer grupo pertenecen aquellos sujetos que se caracterizan por su peligrosidad criminal y por su maldad. El segundo grupo, en cambio, está formado por psicópatas que no son criminales y que tienen la capacidad de camuflarse e integrarse en la sociedad pasando desapercibidos. Garrido (2003a) emplea el símil del camaleón para referirse a la forma de comportarse de los psicópatas integrados, poniendo en evidencia las facultades de estos sujetos para no llamar la atención.

Desde un punto de vista jurídico-penal, el psicópata es totalmente capaz de discernir entre el bien y el mal, siendo absolutamente reprochable su conducta. La conciencia de daño existe en estas personas, así como la intencionalidad en sus actos. En general, se trata de sujetos que, a pesar de manifestar un comportamiento anómalo, desajustado y desproporcionado y de presentar una cierta incapacidad para adaptarse a la vida social, están en calidad de adecuar su conducta a las normas, de modo que sus actos no les son impuestos. Como viene señalando la jurisprudencia, los sujetos con personalidades psicopáticas no se hallan privados de su capacidad de entendimiento ni de voluntad, sino que experimentan alteraciones en su afectividad. Por esta razón, tradicionalmente se ha rechazado la inimputabilidad de estos sujetos y se ha admitido la posibilidad de atenuar

su responsabilidad cuando la psicopatía se presenta acompañada de otros trastornos (Aguilar, 2017; Echeburúa, 2018).

El pionero en el estudio de la psicopatía fue el psiquiatra americano Hervey Cleckley, quien en su obra “La máscara de la cordura” (*The Mask of Sanity*) expuso los primeros criterios diagnósticos de la psicopatía contemplados en la cuadro 1, la mayoría de los cuales siguen aceptándose en la actualidad (López y Núñez, 2008). Cleckley en sus primeros estudios alude principalmente a la peligrosidad de los comportamientos que manifiestan estos sujetos, así como a sus disfunciones en las facetas emocional e interpersonal. Desde su punto de vista, el psicópata es un individuo que, tapado por una máscara, actúa sin exteriorizar sus síntomas, de modo que nunca es conocido por los demás. Utiliza el concepto de “demencia semántica” para hacer alusión a sujetos que se caracterizan por ser asociales, agresivos e impulsivos, que carecen de culpa y de remordimiento, que son incapaces de establecer lazos afectivos duraderos y estables, que manifiestan superficialidad emocional, relaciones sociales aparentemente agradables y que no son capaces de aprender de la experiencia (Aguilar, 2017).

Cuadro 1. Criterios de Cleckley para el diagnóstico de la psicopatía

1. Encanto externo y notable inteligencia.	3. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar.
2. Ausencia de alucinaciones y de otras alteraciones del pensamiento irracional.	4. Gran pobreza de reacciones afectivas primordiales.
3. Ausencia de nerviosismo o de reacciones neuróticas.	5. Pérdida específica de intuición.
4. Indigno de confianza.	6. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales corrientes.
5. Mentiras e insinceridad.	7. Comportamiento extravagante bajo los efectos del alcohol o sin haberlo consumido.
6. Falta de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza.	8. Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
7. Conducta antisocial sin aparente remordimiento.	9. Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada.
8. Razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia.	10. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.

FUENTE: San Juan y Vozmediano, 2018.

La investigación posterior llegó de la mano de Robert Hare, un psicólogo criminal canadiense que ha sido reconocido por ser uno de los mayores especialistas del mundo de la psicopatía. La principal aportación de Hare fue la abolición de la terminología “delincuente o criminal”, es decir, planteó la posibilidad de que personas con rasgos psicopáticos podrían desarrollar, o no, la carrera delincencial, tratando de eliminar la concepción de que todos los psicópatas necesariamente llevarían a cabo conductas criminales (Aguilar, 2017). Su escala PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*) ha sido calificada como el instrumento de evaluación médico-forense más utilizado en el ámbito de la psicopatía (véase cuadro 2). Empleando esta escala, se obtiene una puntuación global sobre la presencia de psicopatía en un sujeto y sobre qué rasgos predominan en él. El PCL-R está formado por 20 ítems y cada uno de ellos podrá recibir de 0 a 2 puntos, teniendo en cuenta la entrevista realizada al sujeto y la documentación disponible (historial delictivo, vida laboral...). Para realizar el diagnóstico se requiere una puntuación igual o superior a 30, siendo este el punto de corte a partir del cual se establecen diferentes grados de psicopatía (San Juan y Vozmediano, 2018).

Cuadro 2. Escala de Hare para la evaluación de la psicopatía

FACTOR 1: PERSONALIDAD	FACTOR 2: DESVIACIÓN SOCIAL
<p>Faceta 1: Interpersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locuacidad. - Sentido desmesurado de autovalía. - Mentiroso patológico. - Estafador y manipulador. <p>Faceta 2: Afectiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de remordimientos. - Afecto superficial y poco profundo. - Insensibilidad y falta de empatía. - No se responsabiliza de sus actos. 	<p>Faceta 3: Estilo impulsivo Irresponsable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento. - Estilo de vida parasitario. - Falta de metas realistas a largo plazo. - Impulsividad. - Irresponsabilidad. <p>Faceta 4: Antisocial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pobre autocontrol de sus conductas. - Problemas de conducta en la infancia. - Delincuencia juvenil. - Revocación de libertad condicional. - Versatilidad criminal.
<p>Ítems que no pertenecen a ninguna faceta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducta sexual promiscua. - Frecuentes relaciones maritales de corta duración. 	

FUENTE: San Juan y Vozmediano, 2018.

Robert Hare distingue tres perfiles diferentes de psicopatía: el psicópata primario, el secundario y el disocial (Sapiña, 2014):

- *Psicópata primario*: se corresponde a la descripción realizada por Cleckley. Este individuo se caracteriza por su encanto superficial, por su inteligencia, por ser incapaz de experimentar culpa o remordimiento y por su incapacidad para mantener relaciones interpersonales y una vida estable.
- *Psicópata secundario*: es aquél individuo que tiene capacidad para mantener relaciones afectivas y para sentir culpa o remordimiento. Sus acciones están motivadas por la elevada ansiedad que presenta.
- *Psicópata disocial*: se trata de un individuo que pertenece a un ambiente marginal y que cuenta con una subcultura propia. Es capaz de sentir culpa, lealtad y afecto hacia su grupo y su conducta antisocial es consecuencia de factores fundamentalmente ambientales.

Tanto la psicopatía como el trastorno antisocial de la personalidad se caracterizan por la tendencia a transgredir las normas y las expectativas sociales. En este sentido, su relación con el delito resulta evidente. Una vez mencionados ambos trastornos, cabe hacer referencia a una serie de aspectos diferenciales. Por un lado, entre los criterios diagnósticos del TAP no se encuentran la locuacidad y el sentido desmesurado de autovalía, así como ítems referentes al comportamiento sexual promiscuo del sujeto, al contrario que en el PCL-R. 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).

La Sociedad Psiquiátrica Americana introdujo el término de psicopatía en la primera edición del DSM, para más tarde sustituirlo por el de trastorno antisocial de la personalidad (Sapiña, 2014). Es decir, debido a la falta de reconocimiento de la psicopatía por parte de la psiquiatría, desde la 3ª edición del DSM hasta la 5ª se ha prescindido de este término, utilizando el de trastorno antisocial de la personalidad para referirse al mismo. Con la nueva edición de este manual, se han introducido importantes novedades en torno a los trastornos de la personalidad, entre ellas, se ha añadido dentro del TAP una referencia a la psicopatía, lo que ha supuesto una reducción de la incertidumbre que generaba la omisión de un constructo tan utilizado en el campo de la psicología criminal (San Juan y Vozmediano, 2018):

Una variable distinta, que a menudo se denomina psicopatía, es la falta considerable de ansiedad o miedo, y un estilo interpersonal intrépido que puede enmascarar comportamientos inadaptados. Esta variante psicopática se caracteriza por unos niveles bajos de ansiedad y dominio del desapego, y altos niveles de búsqueda de atención. La alta búsqueda de atención y el desapego describe el componente de estilo social (dominante/asertivo), característico de la psicopatía, mientras que la baja ansiedad conforma el componente de inmunidad al estrés (estabilidad emocional/resiliencia). (San Juan y Vozmediano, 2018, p.163, extraído del DSM-V).

3. TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL

Los trastornos mentales descritos en el apartado anterior y su, ocasional, relación con la conducta violenta resulta evidente. Ahora bien, tal y como afirma Echeburúa (2018), el diagnóstico de los trastornos mentales mencionados no significa necesariamente que la persona vaya a comportarse violentamente y que, en consecuencia, vaya a cometer actos delictivos. Simplemente se trata de personas en las que el riesgo de manifestar este tipo de comportamientos es mayor que en el resto de la población. Cuando esto ocurre, es decir, cuando un sujeto aquejado de un trastorno mental comete un acto delictivo, se pone en marcha un proceso penal en el que, entre otras cuestiones, se debe realizar una valoración del grado de responsabilidad penal atribuible al mismo.

San Juan y Vozmediano (2018) sostienen que los delitos cometidos por personas que padecen un trastorno mental pueden ser muy diversos, así como con niveles de gravedad muy diferentes (desde pequeños hurtos hasta asesinatos con alevosía). Además, en función de la alteración psicológica que afecte a cada persona, su estado mental al tiempo de cometer los hechos puede verse dañado de múltiples formas y a diferentes niveles, pudiendo llegar a experimentar una desconexión plena con la realidad. Estos autores ponen de manifiesto que, a menudo, resulta muy complicado determinar con absoluta fiabilidad si existe o no relación de causalidad entre un determinado trastorno mental y la comisión de un delito. La existencia de una relación de causalidad entre la patología y el hecho delictivo cometido -como se analizará más adelante-, es imprescindible a efectos de reducir la responsabilidad penal del sujeto. Es decir, no es suficiente con que el sujeto esté diagnosticado de un determinado trastorno mental, sino que además es necesario poder determinar que el delito fue cometido como consecuencia de dicho trastorno. También desprende dificultad la tarea de valorar con precisión el grado de afectación de la capacidad de entender y la libertad volitiva del sujeto en el momento de los hechos.

Tomando en consideración lo anterior, el punto de partida viene determinado por la inexistencia de un criterio universal y estable que sirva de base para determinar el grado de imputabilidad de un sujeto que ha cometido un delito estando aquejado de un determinado trastorno mental. No se dispone de una ley universal que indique que por padecer un trastorno mental determinado automáticamente el sujeto deba quedar exento de responsabilidad penal, debido a encontrarse su capacidad de entendimiento y su

voluntad mermadas al tiempo de cometer los hechos. Es decir, no hay establecido un tratado en virtud del cual determinadas psicopatologías sean directamente inimputables o imputables. Cada caso es distinto a los demás y, por esta razón, cada supuesto requiere una valoración individual que se caracterice por ser objetiva y rigurosa. Se trata, por tanto, de un gran reto para los forenses determinar el grado de imputabilidad del sujeto acusado. La naturaleza humana se caracteriza por ser imprevisible y compleja, de ahí las dificultades que conlleva la tarea de la valoración de la responsabilidad penal (San Juan y Vozmediano, 2018).

A pesar de la complejidad por la que se caracteriza esta tarea, los peritajes psicológicos cumplen una función primordial, esta es, la de proporcionar al juez y a las partes la mayor información posible sobre la presencia de anomalías, alteraciones o trastornos psíquicos y de su relación con el delito correspondiente. No hay que olvidar que el perito, como experto en la materia, emite un juicio valorativo, pero es al juez al que le corresponde la última palabra (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018).

3.1. Desarrollo de la legislación penal

Con anterioridad a proceder a la explicación de la legislación penal española vigente en materia de trastornos mentales e imputabilidad, conviene realizar un breve recorrido histórico a fin de comprender los cambios que se han ido produciendo durante los años en el Código Penal.

A lo largo de la historia, la sordomudez, la edad, las emociones intensas, la enfermedad mental o la influencia de drogas han recibido un tratamiento especial en el ordenamiento jurídico, tratándose de circunstancias susceptibles de influir en la responsabilidad penal de las personas que las padecían. En el Derecho Romano, los menores y los enfermos mentales no gozaban de capacidad penal, tenían privada su capacidad de obrar - posibilidad de ejercitar derechos y cumplir obligaciones- y no se les aplicaba la ley moral. Además, no se consideraba que circunstancias como la embriaguez o las pasiones, privaran al sujeto de su capacidad de obrar, sin embargo, sí eran susceptibles de disminuir su culpabilidad moral y, con ello, la pena impuesta. En la época romana, la enfermedad mental era percibida como un castigo para las personas que la padecían y motivo suficiente para eximirles de responsabilidad (Martínez Garay, 2005).

El primer Código Penal español fue publicado en 1822.⁸ Este Código, en su artículo 26, establecía que “no se puede tener por delincuente ni culpable al que comete la acción hallándose dormido o en estado de demencia o delirio, o privado del uso de su razón de cualquier otra manera independiente de su voluntad”. Seguidamente recogía que la embriaguez voluntaria, así como cualquier otra privación o alteración de la misma clase, no conllevaría exención ni disminución de la responsabilidad.

El siguiente Código Penal español fue el de 1848.⁹ Este texto, en su artículo 8, establecía que quedarían exentos de responsabilidad criminal “el loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo de razón”. A continuación, el mismo artículo indicaba que cuando el loco o demente hubiera cometido un delito calificado como “grave”, el Tribunal proclamaría su ingreso en un hospital destinado a este tipo de enfermos, no pudiendo abandonar el centro sin previa autorización del mismo. Finalmente, se señalaba que en otros casos, el loco o demente sería entregado a su familia bajo fianza de custodia. En caso de que la familia no presentara la fianza, se procedería a su ingreso.

Esta consecuencia que se le imponía al loco o demente que, sin intervalo de razón, hubiera cometido un delito, tiene una cierta similitud con las medidas de seguridad que aparecen reguladas en el vigente Código Penal. La medida de seguridad, al igual que la pena, es una consecuencia jurídica del delito, que se impone a aquellos sujetos que habiendo cometido un acto delictivo y siendo declarados inimputables o semi-imputables, presentan una peligrosidad criminal -probabilidad de cometer en el futuro un delito- (Al Fawal, 2013).

El legislador, en este Código, inició una tradición que se ha mantenido hasta el vigente texto penal: el tratamiento penal de la locura. Una tradición que se limitaba a eximir de responsabilidad criminal al loco o demente (González, 1994).

El artículo 9 del mismo Código Penal, recogía una serie de circunstancias susceptibles de atenuar la responsabilidad criminal. Este artículo, en su primer apartado, establecía que “son circunstancias atenuantes las expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurren

⁸ Ley de 8 de junio de 1822, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 9 de julio de 1822.

⁹ Ley de 19 de marzo de 1848, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 1 de julio de 1848.

todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos”. Poniendo el foco de atención en la materia de estudio, también aparecía como atenuante el “haber ejecutado el hecho en estado de embriaguez, cuando esta no fuere habitual o posterior al proyecto de cometer el delito”. El contenido de este artículo, concretamente en lo referente a las dos atenuantes mencionadas, es muy similar a lo recogido en el vigente Código Penal.

Con la entrada en vigor del Código Penal de 1870¹⁰, hubo un cambio en la denominación de “*loco o demente*” a “*imbécil o loco*” a la hora de hacer alusión a quiénes quedarían exentos de responsabilidad criminal. Este Código, en su artículo 8, establecía que “no delinquen, y por consiguiente están exentos de responsabilidad criminal, el imbecil y el loco, a no ser que este haya obrado en un intervalo de razón”. Al igual que lo dispuesto en el artículo 8 del Código anterior, cuando el sujeto hubiera cometido un delito grave, el Tribunal acordaría su ingreso en un hospital especializado para su enfermedad, del cual no podría salir sin autorización del mismo.

El Código Penal de 1928¹¹ regulaba las causas de inimputabilidad en su artículo 55. Se establecía que “es irresponsable el que en el momento de ejecutar la acción u omisión se hallare en estado de perturbación o debilidad mental, de origen patológico, que prive necesariamente y por completo su conciencia de la aptitud para comprender la injusticia de sus actos, o a su voluntad para obrar de acuerdo con ella, siempre que no se hubiere colocado en ese estado voluntariamente”. Igualmente, como en los Códigos anteriores, el Tribunal podía decretar el internamiento del individuo en un establecimiento especializado (manicomio judicial) acorde con su enfermedad, del que no podría salir sin su autorización. Las circunstancias atenuantes de la responsabilidad criminal aparecían reguladas en los artículos 64 y 65. Estos artículos hacían alusión al estado mental del sujeto infractor, que adquiriría carácter de atenuante cuando, sin determinar la completa irresponsabilidad, provocara una disminución en su conciencia o voluntad.

¹⁰ Ley de 17 de junio de 1870, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 24 de junio de 1870

¹¹ Ley de 13 de septiembre de 1928, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 1 de enero de 1929.

Con el Código Penal de 1932¹² se introdujo el concepto de “*enajenación mental*” y “*trastorno mental transitorio*”. El concepto de enajenación mental fue introducido a propuesta del Psiquiatra Sanchís Banus, con el propósito de dejar atrás conceptos como “*loco*”, “*demente*” e “*imbécil*” que recogían los anteriores textos penales. El trastorno mental transitorio puede definirse como una afectación no duradera en el tiempo y de carácter puntual, mientras que la enajenación mental se define como toda enfermedad con trascendencia y entidad suficiente cuyo carácter es permanente (Al-Fawal, 2013). Este código, en su artículo 8, disponía que quedaría exento de responsabilidad criminal “el enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que este haya sido buscado de propósito”. También se señalaba que para que la embriaguez fuera considerada una circunstancia susceptible de eximir de responsabilidad al sujeto, esta debía ser plena y fortuita. Igualmente, el Tribunal podría decretar el internamiento del sujeto que hubiera cometido un delito bajo los efectos de la embriaguez.

Con la promulgación del Código Penal de 1995¹³, desapareció el término de “*enajenación mental*”, siendo sustituido por el de “*anomalía o alteración psíquica*”. La incorporación de este concepto fue justificada debido a que abarcaba todas las posibles enfermedades mentales. A pesar de este cambio, el trastorno mental transitorio se mantuvo en el nuevo Código Penal (Al-Fawal, 2013).

Como se ha señalado anteriormente, el texto penal de 1932 eximía de responsabilidad penal al enajenado, es decir, bastaba con tener esa condición para ser declarado inimputable, sin tener en cuenta el efecto que tal enajenación produjese sobre la capacidad de imputabilidad del sujeto. Con el nuevo Código Penal, el fundamento de la inimputabilidad ha experimentado modificaciones, siendo requisito indispensable para su apreciación que las alteraciones mentales sean susceptibles de distorsionar las capacidades cognitivas y volitivas de los sujetos, así como de anular o reducir su libre determinación (Sánchez Gutiérrez, 2000; Echeburúa, 2018).

¹² Ley de 27 de octubre de 1932, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 5 de noviembre de 1932.

¹³ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, Madrid, de 23 de noviembre de 1995.

Por último, el nuevo Código puso fin oficialmente a los estados peligrosos sin delito y a las medidas de seguridad indeterminadas, es decir, a la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970, introduciendo como novedad las llamadas “medidas de seguridad” cuyo estudio se ahondará más adelante. La ley de 1970 recogía una serie de medidas de seguridad cuyo propósito era prevenir que ciertos sectores de la sociedad llevaran a cabo conductas delictivas. Con anterioridad a la misma, regía la Ley de Vagos y Maleantes de 1933, donde también se regulaba la peligrosidad predelictual. Esta ley tuvo como propósito prevenir que ciertos colectivos “socialmente peligrosos” cometieran delitos, imponiéndoles para ello diferentes medidas en función de las necesidades de cada individuo. De esta manera, eran considerados peligrosos, “los vagos habituales, los rufianes y los proxenetas, los homosexuales, los mendigos profesionales, los ebrios y toxicómanos y los que vivieran de la mendicidad ajena o explotasen menores de edad o enfermos mentales”. En definitiva, se catalogaba como vagos y maleantes y, por ende, como peligrosos, a aquellos individuos que tenían unas condiciones de vida desfavorables. Las medidas que se les aplicaba a estos sujetos consistían, básicamente, en decretar su encierro en centros correctivos o curativos que fueran acordes con su estado de peligrosidad; en fijar su pertenencia a un territorio, debiendo demostrar un domicilio fijo y estable; o en someterse a la vigilancia y directrices de personas que fueran designadas por la autoridad. La duración de estas medidas era indeterminada, pudiendo el juez decretar el tiempo de las mismas bajo su criterio (Campos, 2013; Esbec, 2003).

3.2. Concepto de imputabilidad en el ordenamiento jurídico español

Previo al análisis de la imputabilidad en el Derecho Penal español, conviene hacer referencia al concepto de *culpabilidad*. Para imponer una pena, que es la principal consecuencia jurídico-penal del delito, no es suficiente con la comisión de un hecho típico y antijurídico. Es decir, el hecho de que una persona cometa un delito es una condición necesaria pero no suficiente para imponerle una pena como castigo. Hay supuestos en los que, a pesar de cometer un hecho típico y antijurídico -contrario a Derecho-, el sujeto queda exento de responsabilidad penal por concurrir en él una de las causas recogidas en el artículo 20 del Código Penal. Por lo tanto, para que tenga lugar la imposición de una pena es necesaria, junto a la tipicidad y a la antijuridicidad, la presencia de una tercera categoría: la culpabilidad. Esta categoría integra aquellos elementos del autor que, sin

pertenecer al tipo ni a la antijuridicidad, son también imprescindibles para que tenga cabida la imposición de una pena (Muñoz y García, 2015).

La culpabilidad puede definirse como la responsabilidad de un sujeto por la comisión de un hecho antijurídico. Es decir, la culpabilidad incluye una serie de condiciones que son atribuibles al autor de un hecho antijurídico y que afectan a su capacidad para comprender la prohibición penal y para actuar conforme a esa comprensión. En este sentido, puede ocurrir que un sujeto lleve a cabo una conducta contraria a Derecho sin comprender la ilicitud de la misma o, en caso de comprenderla, sin actuar de acuerdo a dicha comprensión. Por lo tanto, resulta imprescindible tener en cuenta las condiciones personales del autor del delito en el momento de los hechos a efectos de realizar una valoración de la culpabilidad. En los casos en los que el autor de un delito haya actuado sin la posibilidad de realizar una conducta acorde a Derecho, no se le puede imponer una pena. De igual forma, de acuerdo con el artículo 5 del Código Penal, sin dolo o imprudencia no hay pena. En definitiva, la culpabilidad es un juicio de reproche que se dirige al autor de un hecho antijurídico que lo haya llevado a cabo aun teniendo la oportunidad de no hacerlo y, por tanto, de haber actuado conforme a Derecho (Al-Fawal, 2013).

En palabras de Vázquez (2005), la *imputabilidad* –también denominada responsabilidad o capacidad penal- define el grado de normalidad psíquica de una persona. Por normalidad se entiende que una persona sea capaz de ajustarse a una serie de normas de actuación, sentir y pensar, cuando haya cometido un delito y se vaya a discutir sobre la posible sanción en un proceso penal. De acuerdo con esta autora, para determinar el grado de normalidad psíquica de un sujeto es necesario realizar una valoración acerca de si es capaz de conocer la realidad y de ejercitar su libertad conforme a ese conocimiento, así como si tiene capacidad para discernir entre el bien y el mal y para guiar su conducta conforme a ese discernimiento.

La imputabilidad es un concepto jurídico-penal de base psicológica que comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas requeridas para considerar a un sujeto culpable por haber cometido un hecho típico y antijurídico. Quienes carecen de esta capacidad no pueden ser declarados culpables y, por ende, no pueden ser responsables penalmente de sus actos, a pesar de que estos sean típicos y antijurídicos. La imputabilidad, por tanto, se

atribuye a aquellos sujetos que, habiendo cometido un delito, son capaces de responder ante ellos (Muñoz y García, 2015).

Los dos elementos que deben concurrir para que se aprecie la imputabilidad son la comprensión y la determinación. La comprensión -elemento intelectual- hace referencia a la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho antijurídico cometido, mientras que la determinación -elemento volitivo- se refiere a la capacidad del sujeto para dirigir sus acciones conforme a dicha comprensión (Al-Fawal, 2013). La base psicológica de la imputabilidad, por tanto, viene determinada por la inteligencia y la voluntad. Cuando estas facultades del sujeto se hallen anuladas o gravemente mermadas, la imputabilidad puede verse reducida o incluso extinguida. Además de la evaluación de las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, se deben tener en cuenta el resto de sus funciones psíquicas, así como las características del delito cometido a efectos de determinar la imputabilidad del sujeto en el momento de los hechos. ¹⁴

El Código Penal español no define ni hace mención al concepto de imputabilidad. Esta capacidad se deduce a partir de la lectura del artículo 20, que enumera tres causas -anomalía o alteración psíquica o trastorno mental transitorio, intoxicación plena o síndrome de abstinencia y alteraciones en la percepción- por las que el sujeto que ha cometido un delito puede quedar exento de responsabilidad penal y, por ende, ser declarado inimputable (Al-Fawal, 2013).

En estos tres supuestos, se aprecia cómo el legislador utiliza un sistema denominado biológico-psicológico o mixto, que se caracteriza por atender no solo al origen de la alteración mental del sujeto (criterio biológico), sino también al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas (criterio psicológico). Este sistema mixto se aprecia cuando el artículo 20, además de mencionar las causas de inimputabilidad, recoge que para su apreciación es necesario que el sujeto haya actuado sin comprender la ilicitud del hecho o, en caso de comprenderla, sin poder actuar conforme a esa comprensión. El criterio psicológico adquiere importancia debido a que la imputabilidad no es un estado mental permanente y absoluto, sino que mantiene una relación cronológica, cualitativa y cuantitativa con el delito cometido. En este sentido,

¹⁴ Fuente: <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>

una persona puede ser imputable, inimputable o semi-imputable en diferentes momentos de su vida. Por lo tanto, a efectos de determinar las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal, se convierte en un aspecto imprescindible valorar el estado mental concreto en el que se encontraba el sujeto cuando cometió el hecho delictivo, no siendo suficiente el hecho de que padezca o no un trastorno mental (Al-Fawal, 2013; Echeburúa, 2018).

En relación con lo anterior, son tres los grados jurisprudenciales que se utilizan para determinar la imputabilidad: imputable, semi-imputable e inimputable. El término imputable se atribuye a aquellas personas cuyo entendimiento y voluntad no se encuentran anulados. Cuando estas facultades del sujeto no son plenas y están ligeramente mermadas, se entiende que el sujeto es semi-imputable. Por último, se utilizará el concepto de inimputable para designar a aquellas personas que no tengan capacidad para conocer u obrar con arreglo a ese conocimiento.¹⁵

A pesar de la falta de definición del concepto de imputabilidad por parte del Código Penal, la evidencia científica ha proporcionado diversas definiciones de dicho constructo, entre las que cabe hacer mención a las siguientes:

Para autores como Cobo del Rosal y Vives Antón (1999), la imputabilidad reúne “el conjunto de condiciones o facultades mínimas requeridas para poder considerar a un sujeto culpable (responsable) por haber ejecutado un acto típico y antijurídico” (Citado en Al-Fawal, 2013, p.49).

Para Gisbert Calabuig (2004), la imputabilidad se define como “el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requeridas por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquellas” (Citado en Al-Fawal, 2013, p.50).

Desde la perspectiva de la psicopatología forense, la imputabilidad se entiende como la existencia de inteligencia o discernimiento, de modo que una persona sea capaz de discernir entre el bien y el mal y tenga voluntad suficiente como para ser capaz de

¹⁵ Fuente: <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>

determinar su conducta. En este sentido, el conocimiento de la norma y la voluntad libre para incumplirla son dos aspectos necesarios para acordar la imputabilidad plena de un sujeto. Se entiende que para que una persona sea considerada plenamente imputable tiene que haber logrado un desarrollo de su personalidad y una integración social que le permita responder de sus actos (Al-Fawal, 2013).

En definitiva, la imputabilidad se determina en función del estado en el que se encontraba el sujeto en el momento de la comisión de los hechos, debiendo tenerse en cuenta no solo el origen de su trastorno o anomalía crónica, sino también cómo ese padecimiento interfiere en su conducta y en su vida cotidiana. De ahí la importancia de realizar un estudio individualizado de la conducta de cada sujeto en relación al delito cometido (Al-Fawal, 2013; Echeburúa 2018).

3.2.1. Causas de inimputabilidad

El artículo 20¹⁶ 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

¹⁶ “Están exentos de responsabilidad criminal:

1º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

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

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

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

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

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

Tercero. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

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

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

el nombre de “eximentes completas” y como su propio nombre indica suponen la ausencia de una condena penal.

Este trabajo ha puesto su foco de atención únicamente en las causas contempladas en los apartados 1º y 2º, debido a su alusión a sujetos que han cometido un delito teniendo sus facultades mentales completamente anuladas, ya sea por haber consumido tóxicos o por padecer alguna anomalía o alteración psíquica. Son causas que, 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. Como se explicará más adelante, 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).

3.2.1.1. Eximente completa de anomalía o alteración psíquica

La primera causa de inimputabilidad que regula el artículo 20 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.

Por *anomalías* se entienden las variaciones del ser psíquico. Según Schneider (1975), las anomalías son “variaciones anómalas del modo de ser, rasgos y disposiciones anormales de la personalidad que no cumplen los criterios diagnósticos suficientes para ser

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

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

6º El que obre impulsado por miedo insuperable.

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

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

considerados como trastornos de la personalidad” (Citado en Al-Fawal, 2013, p.65). Estos rasgos son característicos de la conducta o del carácter de un sujeto, son estables en el tiempo y pueden aparecer de forma primaria o espontánea y en situaciones de relaciones interpersonales y estimuladas por el entorno (Al-Fawal, 2013).

En palabras de Carrasco Gómez (2010), bajo el concepto de anomalías se podrían englobar “los estados mentales anormales congénitos, genéticos o de otro tipo, que se acompañan de retraso mental y otras manifestaciones psicopatológicas como por ejemplo en el síndrome de Down o en retrasos mentales leves, capacidades intelectuales límites, etc.” (p.302).

El Tribunal Supremo también se ha manifestado al respecto, entendiendo que se trata de trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica que se caracterizan por una desorganización profunda de la personalidad, una pérdida de juicio crítico y una desconexión con la realidad, por alteraciones en el pensamiento y por construcciones delirantes y perturbaciones de la sensopercepción (Al-Fawal, 2013).

Maza Martín (2010) entiende por *alteración* “la acción de alterarse, de trastornarse, de sobresalto, inquietud, movimiento de ira u otra pasión” (p.304). Se puede definir como una modificación en el funcionamiento del sujeto, adquiriendo un carácter anómalo e influyendo en sus resultados. Este término es empleado para señalar la pérdida de juicio de un sujeto, que puede ser transitoria o permanente. Carrasco Gómez (2010), por su parte, entiende por alteración “la actividad anormal, presencia o aparición de síntomas, de fenómenos psicopatológicos o conductas anómalas, bien aisladamente o formando parte, con otros síntomas, de algún trastorno definido” (p.304).

La alteración psíquica se puede definir como la aparición de un trastorno mental en una mente previamente sana y bien desarrollada. Cuando un sujeto sufre una alteración psíquica, experimenta una disfunción mental que no es de origen patológico. Desde un punto de vista médico-psiquiátrico, en estos sujetos no subyace una verdadera enfermedad mental, siendo una serie de estímulos externos los que desencadenan un grave desequilibrio en la psique del sujeto, que remite una vez pasados los estímulos desencadenantes (Al-Fawal, 2013).

Bajo los conceptos de anomalía y alteración psíquica se engloban no solo los trastornos mentales denominados mayores que afectan a las áreas del psicoticismo y neuroticismo, sino también los Trastornos de la Personalidad, que solo serán relevantes desde el punto de vista de la imputabilidad aquellos que sean susceptibles de disminuir la capacidad volitiva o intelectual de la persona. Todas las anomalías o alteraciones susceptibles de alterar la conducta del sujeto deben estar recogidas en los manuales diagnósticos disponibles, como son el DSM-V y la CIE-10, así como estar diagnosticadas conforme a los mismos (Al-Fawal, 2013).

Este supuesto hace referencia a aquellos casos en los que el sujeto que comete un delito sufre un trastorno mental que le impide conocer la ilicitud de su conducta o actuar conforme a ese conocimiento. Para que esta causa pueda ser apreciada, no basta con el diagnóstico de la enfermedad mental, siendo necesario que esta afecte a las capacidades psíquicas del autor del delito en el momento de su comisión. Esta idea se corresponde con el sistema mixto que rige en el Derecho Penal español, cuyo fundamento parte de la base de que no es suficiente con padecer un trastorno mental, debiendo tener este repercusión sobre la inteligencia y voluntad del sujeto (Muñoz y García, 2015).

Además de la concurrencia de un elemento biológico –anomalía o alteración psíquica- y de un elemento psicológico –incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión-, es necesario para la declaración de inimputabilidad que las facultades volitivas y/o intelectivas del sujeto se encuentren completamente anuladas en el momento de la comisión del delito. Es decir, se convierte en un requisito indispensable para la aplicación de este supuesto que el autor del delito sufra una perturbación absoluta y plena de sus facultades mentales (Muñoz y García, 2015; Al-Fawal, 2013).

El Trastorno Mental Transitorio (TMT) también es susceptible de extinguir la responsabilidad penal cuando no haya sido provocado con el propósito de cometer un delito o cuando el sujeto no haya previsto su comisión (“*actio libera in causa*”). El Tribunal Supremo ha establecido como criterios necesarios para la apreciación de esta anomalía o alteración psíquica los siguientes: aparición brusca; irrupción en la mente del sujeto con la consiguiente pérdida de sus facultades intelectivas y/o volitivas; breve duración y curación sin secuelas. De acuerdo con este órgano jurisdiccional, el TMT se caracteriza por una situación de alteración psíquica denominada “cortocircuito”, que

aparece de forma súbita y que es susceptible de anular la capacidad del sujeto de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a la misma (Al-Fawal, 2013). En este sentido, ha puesto de manifiesto lo siguiente:

Dicho trastorno, con fuerza para fundar la eximente, supone, generalmente, la existencia de una base constitucional morbosa o patológica, sin perjuicio de que en persona sin tara alguna, sea posible la aparición de indicada perturbación, como una reacción vivencial anómala, tan enérgica y avasalladora para la mente del sujeto, que le priva de toda capacidad de raciocinio, eliminando y anulando su potencia decisoria, sus libres determinaciones volitivas, siempre ante el choque psíquico originado por un agente exterior, cualquiera que sea su naturaleza. (Al-Fawal, 2013, p.92).

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 del Código Penal, según el cual, “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”. 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. 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. En estos casos, 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. Esta cuestión aparece regulada en el artículo 104 del Código Penal, que establece que en los supuestos en los que se aprecie una eximente incompleta, al autor del delito se le podrá imponer una medida de seguridad junto con la pena correspondiente (Carrasco y Maza, 2010).

Este artículo, en su 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”. 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 teniendo en cuenta la normal en el delito cometido. 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 análogos o de parecida significación a los hechos típicos que aparecen recogidos en el texto legal, concurriendo en el autor una menor culpabilidad (Al-Fawal, 2013).

3.2.1.2. Eximente completa de intoxicación plena o síndrome de abstinencia

La segunda causa de inimputabilidad recogida en el artículo 20 que resulta de especial interés para este trabajo establece que está exento de responsabilidad criminal:

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 a 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.

La *intoxicación* es un trastorno mental transitorio que se presenta como consecuencia directa del consumo reciente de sustancias y que supone una alteración de la conciencia, con la consiguiente disminución de la misma. Se puede definir como un síndrome de carácter reversible que es específico para cada sustancia y que produce cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos debido a su incidencia sobre el sistema nervioso central. Los efectos que puede experimentar el sujeto son: irritabilidad, labilidad emocional, euforia, ideaciones paranoides, desorientación espacio-temporal, deterioro cognitivo, deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social, aumento de las conductas automáticas, conductas antisociales graves, impulsivas, agresivas, desinhibidas, etcétera. También son habituales los fallos y pérdidas de memoria que impiden al sujeto recordar y evocar los hechos acontecidos durante el transcurso de la alteración (Muñoz, 2014; Al-Fawal, 2013).

Por *intoxicación plena* se entiende aquella que ha sido producida por droga tóxica, estupefaciente o sustancia psicotrópica, que conlleva un deterioro funcional, tanto físico como psíquico, y que se deriva de la cantidad de sustancia ingerida o de la personalidad

del sujeto. En este sentido, a efectos de determinar la circunstancia modificativa de la responsabilidad penal que cabe aplicar en cada supuesto -eximente completa, incompleta o atenuante-, se debe realizar una valoración del nivel de intoxicación que presenta el sujeto, lo que supone atender a su grado de adicción, al tipo de droga ingerida, al grado en que la droga afecta a su organismo y al tiempo de permanencia bajo los efectos tóxicos (Al-Fawal, 2013).

Carrasco y Maza (2010) entienden que la intoxicación plena es “aquella en la que se alcanzan los máximos efectos que potencialmente tenga una sustancia determinada, así como aquel estado en el que se da una profunda alteración de la conciencia y de la percepción y amnesia posterior” (p.325). Según estos autores, a efectos de valorar un cuadro de intoxicación, no solo hay que tener en cuenta la cantidad de dosis consumida, sino que es necesario además tener en cuenta los efectos psicopatológicos que surgieron en ese estado de intoxicación. En este sentido, afirman que el efecto que produce una sustancia no es el mismo cuando se consume por primera vez o cuando no existe un consumo habitual, sino esporádico, que cuando existe una tolerancia a dicha sustancia. De este modo, es el resultado psicopatológico derivado del consumo de una sustancia por parte de una persona que no está habituada y que no tiene tolerancia, el que puede reunir las características de una verdadera intoxicación, incluso plena. El uso, consumo, abuso o dependencia de una sustancia, en cambio, puede conllevar en el psiquismo del sujeto cambios absolutamente insignificantes e incluso no llegar en ningún momento a alcanzar un cuadro clínico de intoxicación. En este sentido, la tolerancia y las características individuales cobran especial interés en la valoración de la imputabilidad.

Las consecuencias penológicas de la drogadicción pueden encuadrarse dentro de la esfera de la imputabilidad, bien excluyendo al sujeto total o parcialmente de la responsabilidad penal (artículo 20.2 y 21.1), o bien atenuando su responsabilidad penal mediante la aplicación del artículo 21.2, por actuar a causa de su grave adicción o mediante la aplicación de una atenuante analógica contemplada en el artículo 21.7. Los requisitos que ha establecido el Tribunal Supremo para la apreciación de dicho tratamiento penológico son los siguientes (Esbec y Echeburúa, 2016a; Al-Fawal, 2013):

- *Requisito bio-patológico.* Que el sujeto que ha cometido el delito tenga la condición de toxicómano y su dependencia manifieste una cierta antigüedad e implique una intoxicación o abstinencia grave.

- *Requisito psicológico.* Que el sujeto experimente una afectación de sus facultades mentales. La condición de adicto no es suficiente para merecer una modificación en la responsabilidad penal, de modo que es necesario que la droga ingerida afecte a las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto.
- *Requisito temporal o cronológico.* Que el consumo de la droga y la afectación psicológica tengan lugar en el momento de la comisión del delito o que el sujeto lleve a cabo el hecho delictivo bajo los efectos del síndrome de abstinencia.
- *Requisito normativo.* Se debe realizar una valoración de la intensidad o influencia que el consumo de drogas ha tenido sobre las facultades mentales del sujeto, con la finalidad de determinar la modificación de la responsabilidad penal que corresponde apreciar en cada caso.

Para la apreciación de la eximente completa del artículo 20.2 no es suficiente con que el sujeto se halle en un estado de intoxicación plena al tiempo de cometer el delito, sino que además es necesario que como consecuencia de dicho estado no comprenda la ilicitud de su conducta o, en caso de comprenderla, no pueda actuar conforme a la misma. Además de la concurrencia de los presupuestos biológico y psicológico, es imprescindible la presencia de un requisito negativo, es decir, que la intoxicación no haya sido provocada con la intención de delinquir o que el autor del delito no haya previsto su comisión (Muñoz, 2014).

Se entiende que la intoxicación es plena al hallarse las facultades intelectivas y volitivas del sujeto profundamente alteradas, impidiéndole comprender la ilicitud de su conducta o actuar conforme a la misma. Cuando el sujeto se halla en un estado de intoxicación aguda, se encuentra privado de su capacidad de raciocinio, teniendo completamente anulada su capacidad comprensiva y volitiva. El sujeto experimenta alteraciones en su personalidad, en su comportamiento y en su sensibilidad a los estímulos, incluso puede llegar a tener anulada su voluntad, reaccionando ante estímulos sin poder controlarse (Esbec y Echeburúa, 2016a; Al-Fawal, 2013).

Con la exigencia de que el estado de intoxicación “no haya sido buscado con el propósito de cometer la infracción o no se hubiese previsto o debido prever su comisión”, se consagra la teoría de la *actio libera in causa*. Esta teoría se aplica cuando el autor de un delito, hallándose en un estado de incapacidad al tiempo de cometerlo, haya provocado

dicho estado de manera intencionada o imprudente. Por ende, si la intoxicación es voluntaria y provocada con la intención de cometer un determinado delito, se entiende que el sujeto tenía voluntad de hacerlo en el momento de provocarse la intoxicación, de manera que será declarado responsable penalmente (Al-Fawal, 2013).

La doctrina mayoritaria ha puesto de manifiesto que, si como consecuencia del consumo reiterado de una sustancia, el sujeto ha desarrollado una anomalía o alteración psíquica que anule por completo sus capacidades psíquicas, el supuesto debe encuadrarse dentro del artículo 20.1 del Código Penal y no dentro del precepto que está siendo analizado (Muñoz, 2014).

También ha recibido la condición de eximente completa el denominado *síndrome de abstinencia*. Se trata de una alteración psíquica que se caracteriza por un síndrome específico que tiene su aparición como consecuencia de la suspensión o reducción de un consumo prolongado y en grandes cantidades que causa malestar clínicamente significativo o un deterioro de la vida social del sujeto (Muñoz, 2014). Para su apreciación, se requiere que la dependencia del sujeto a determinada sustancia sea la causa del síndrome de abstinencia bajo cuya influencia se delinque. Es decir, el sujeto delinque inmerso en dicho síndrome con la finalidad de procurarse la sustancia de la que el organismo sufre abstinencia. Además, es necesario que dicho síndrome impida al sujeto comprender la ilicitud de su conducta o actuar conforma a la misma (Al-Fawal, 2013).

En función de los aspectos característicos del consumo de sustancias tóxicas, pueden darse diferentes situaciones a efectos de imputabilidad:

La eximente incompleta del artículo 21.1 se aplica cuando el sujeto que ha cometido un delito presenta una intoxicación fortuita pero no plena, siempre que sus facultades mentales se hallen seriamente perturbadas en el momento de los hechos. En estos casos, se entiende que a pesar de que el sujeto tiene graves dificultades para comprender la ilicitud de su comportamiento o para actuar conforme al mismo, no tiene totalmente anuladas sus facultades mentales, de modo que no se le puede considerar exento completamente de responsabilidad penal (Esbec y Echeburúa, 2016a; Al-Fawal, 2013).

La atenuante del artículo 21.2, es decir, la de “actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2º del artículo anterior”, se aplica en aquellos casos en los que la grave adicción motiva una conducta criminal en el sujeto, hallándose en el momento de los hechos sus facultades intelectivas y/o volitivas alteradas, siempre que no se reúnan los requisitos necesarios para la apreciación de los supuestos anteriores. La mera ingesta de alcohol u otras sustancias tóxicas no es suficiente para la apreciación de esta atenuante, siendo imprescindible que el sujeto experimente una ligera alteración de su conciencia y voluntad, así como la existencia de una relación causal entre el delito cometido y dicho consumo (Esbec y Echeburúa, 2016a; Al-Fawal, 2013).

La adicción a sustancias psicoactivas se puede definir como un estado físico y mental que se deriva del consumo continuado de droga durante un determinado periodo de tiempo, caracterizándose por una pérdida de control en el consumo de la sustancia. Los síntomas que se manifiestan en un estado de adicción pueden ser los siguientes: tolerancia; síndrome de abstinencia; consumo de la sustancia en cantidades cada vez mayores o durante un periodo más largo de tiempo; deseo constante o esfuerzos ociosos de controlar o suspender el consumo; empleo de mucho tiempo en la obtención de la sustancia; y reducción de las actividades sociales, laborales o recreativas debido a dicho consumo (Muñoz, 2014).

Para la aplicación de esta atenuante se requieren dos requisitos: que la adicción sea grave y que esta sea la causa del delito. La jurisprudencia determina la gravedad de la adicción a partir de la influencia que esta tiene sobre la capacidad volitiva del sujeto. Teniendo en cuenta este criterio, se considera que una adicción es grave cuando influye de forma relevante en la capacidad del sujeto de control de su voluntad. La exigencia de que la adicción sea la causa del delito hace alusión a la necesaria conexión entre el delito cometido y la adicción. Como anteriormente se ha indicado, el consumo de tóxicos afecta principalmente a la capacidad volitiva del sujeto, pudiendo experimentar este una compulsión que le lleve a la comisión de actos delictivos, generalmente para procurarse la sustancia deseada. También puede ocurrir que la vinculación que exista entre el delito y la droga sea indirecta, por ejemplo, que el sujeto mate a una persona con la finalidad de tener acceso a la droga. En estos casos, el sujeto es consciente de los problemas que se derivan de su comportamiento, pero el estado de ansiedad que le genera el hecho de no consumir le lleva a actuar de manera compulsiva. En definitiva, no basta con que el sujeto

sea adicto, siendo necesario que los hechos cometidos estén determinados por la adicción (Al-Fawal, 2013).

Por último, la atenuante analógica del artículo 21.7 puede tener cabida cuando la incidencia en la voluntad y en la capacidad de entender del sujeto es de menor intensidad que la exigida en la eximente incompleta o cuando su adicción es de menor intensidad a la exigida en la atenuante del artículo 21.2 (Muñoz, 2014). Es decir, conviene aplicar esta atenuante cuando la repercusión sobre las facultades intelectivas y volitivas del sujeto es escasa, así como cuando se trate de sustancias con efectos de menor intensidad o cuando se trate de una adicción de poca antigüedad o grado (Al-Fawal, 2013).

Respecto al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, el Tribunal Supremo ha venido apreciando las siguientes situaciones en el ámbito penal (Esbec y Echeburúa, 2016a):

- *Eximente completa.* Para su aplicación se requiere que la embriaguez sea plena y fortuita, alterando profundamente las facultades cognoscitivas y volitivas del sujeto en el momento de los hechos.
- *Eximente incompleta.* Se aplica cuando el sujeto que ha cometido un delito presenta una embriaguez fortuita pero no plena, siempre que sus facultades mentales se hallen seriamente perturbadas en el momento de los hechos. En estos casos, se entiende que a pesar de que el sujeto tiene graves dificultades para comprender la ilicitud de su comportamiento o para actuar conforme al mismo, no tiene totalmente anuladas sus facultades mentales.
- *Atenuante.* Su apreciación tiene lugar cuando la embriaguez, no siendo habitual ni provocada con el propósito de delinquir, afecta levemente a las capacidades mentales del sujeto, de modo que su conciencia y voluntad se encuentren ligeramente alteradas en el momento de los hechos.
- *Atenuante analógica.* Se impone cuando la embriaguez ha supuesto una disminución leve de la voluntad y de la capacidad de entender del sujeto, independientemente de cuáles hayan sido las circunstancias alcohólicas motivadoras.

3.2.2. Medidas de seguridad

Como se ha ido señalando a lo largo del trabajo, la inimputabilidad se atribuye a aquellas personas que han cometido un delito teniendo sus facultades intelectivas y volitivas totalmente anuladas debido al padecimiento de una anomalía o alteración psíquica o al estado de intoxicación plena o síndrome de abstinencia bajo el que se encontraba al tiempo de cometerlo. Cuando un sujeto no es capaz de comprender la ilicitud de su conducta o de actuar conforme a la misma, no puede ser declarado responsable a efectos penales al carecer de inteligencia y voluntad, que son dos aspectos imprescindibles en la apreciación de esa responsabilidad. En estos casos, al ser declarado el sujeto como inimputable no se le puede imponer una pena privativa de libertad, que es la principal consecuencia jurídica del delito, sin embargo, puede verse sometido a las llamadas medidas de seguridad (Muñoz y García, 2015).

La medida de seguridad puede definirse como un mecanismo de carácter jurídico-penal que funciona como respuesta ante el delito y que tiene una finalidad correctora o asegurativa. Este mecanismo es complementario de la pena privativa de libertad y se aplica cuando, ateniendo a lo dispuesto en el Código Penal y a la peligrosidad del sujeto en cuestión, el órgano jurisdiccional lo considera conveniente (Tapia, 2014).

La medida de seguridad, al igual que la pena, es una consecuencia jurídica del delito, que se impone a aquellos sujetos que habiendo cometido un acto delictivo y siendo declarados inimputables o semi-imputables, presentan una peligrosidad criminal que, de acuerdo con el artículo 6.1 del vigente Código Penal, se exterioriza en la comisión de un hecho previsto como delito. Esto no quiere decir que todas las personas declaradas exentas de responsabilidad penal deban ser consideradas peligrosas, sino que se deberá realizar un análisis de cada caso, valorando las circunstancias personales y las del hecho cometido (Muñoz y García, 2015; Al-Fawal, 2013).

La diferencia principal entre estas dos consecuencias jurídicas reside en que mientras la pena se fundamenta en la culpabilidad del sujeto que ha llevado a cabo un acto delictivo, la medida de seguridad atiende a la peligrosidad criminal del sujeto. Por peligrosidad se entiende la probabilidad de que un sujeto cometa un delito en el futuro. El juicio de peligrosidad se elabora a partir de un análisis la vida del sujeto, teniéndose en cuenta

diversos aspectos como el ambiente en el que vive, su estilo de vida, su constitución psíquica, etcétera. El interés de las medidas de seguridad reside básicamente en evitar que ese posible futuro delito se cometa, llevando a cabo para alcanzar tal fin una reeducación y corrección del autor del delito (Muñoz y García, 2015).

El artículo 95 del Código Penal pone de manifiesto que si el juez o tribunal considera que un sujeto que ha cometido un delito es criminalmente peligroso al existir un pronóstico de comportamiento futuro que revela la probabilidad de cometer nuevos hechos delictivos se le aplicará una medida de seguridad (art. 95.1, Código Penal). Ahora bien, la medida de seguridad que se aplique en cada caso no puede resultar ni más gravosa ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor (art. 6, Código Penal). Esta exigencia se relaciona con lo dispuesto en el artículo 95.2 del mismo texto legal, según el cual, cuando la pena atribuible al autor de un delito por la comisión del mismo no fuera privativa de libertad, no se le podrá imponer el cumplimiento de una medida que le prive de su libertad (art. 95.2, Código Penal).

Otro aspecto a tener en cuenta es que no todos los sujetos entrañan el mismo peligro, de modo que el Código Penal recoge diferentes medidas de seguridad con diferentes niveles de taxatividad. Al igual que las penas pueden ser o no privativas de libertad, lo mismo ocurre con las medidas de seguridad (Tapia, 2014).

En este sentido, son medidas de seguridad privativas de libertad las siguientes (art. 96.2, Código Penal):

- *Internamiento en centro psiquiátrico.* Cuando un sujeto es declarado exento de responsabilidad penal conforme a lo dispuesto en el número 1º del artículo 20, es decir, por padecer una anomalía o alteración psíquica, puede verse sometido a una medida de internamiento. Este internamiento se lleva a cabo en un centro que se considera adecuado al tipo de padecimiento del sujeto y tiene como finalidad proporcionarle un tratamiento médico o educación especial (art. 101.1, Código Penal).
- *Internamiento en centro de deshabitación.* Esta medida se aplica a aquellos sujetos que han sido declarados exentos de responsabilidad penal conforme al artículo 20.2º, es decir, por haber cometido un hecho delictivo en estado de

intoxicación plena o bajo el síndrome de abstinencia. Este internamiento se produce en un centro de deshabitación público o privado (art. 102.1, Código Penal).

- *Internamiento en centro educativo especial.* Este internamiento está previsto para aquellos sujetos que han sido declarados inimputables de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20.3º, es decir, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que les provoquen una grave alteración de su conciencia de la realidad (art. 103.1, Código Penal).

Por otro lado, son medidas de seguridad no privativas de libertad (art. 96.3, Código Penal):

- *Inhabilitación profesional.*
- *Expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.*
- *Libertad vigilada.*
- *Custodia familiar.* Esta medida supone quedar al cuidado y vigilancia de un familiar que acepte la custodia.
- *Privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.*
- *Privación del derecho a la tenencia y porte de armas.*

Todas estas medidas pueden imponerse junto con cualquiera de las medidas que conllevan la privación de libertad del sujeto (art. 105, Código Penal).

En los supuestos de eximente incompleta, además del cumplimiento de una pena privativa de libertad, el sujeto puede verse sometido a una de las medidas de seguridad recogidas en los artículos 101, 102 y 103. Esto solo será posible si la pena que se le ha impuesto al autor del delito es privativa de libertad, no pudiendo en ningún caso la medida de seguridad superar la duración de la pena prevista para el delito cometido (art. 104, Código Penal). En los casos de concurrencia de penas y medidas de seguridad (sistema vicarial), el juez o tribunal acordará el cumplimiento de la medida, que se abonará posteriormente para el de la pena. Una vez finalizada la medida, el juez o tribunal puede suspender la ejecución del resto de la pena, al considerar que puede poner en peligro los efectos conseguidos con la misma, o puede imponer alguna de las medidas no privativas de libertad (art. 99, Código Penal).

Otra de las posibilidades que ofrece la regulación de las medidas de seguridad consiste en sustituir una medida de internamiento por el tratamiento ambulatorio con custodia familiar, cuando el sujeto sometido a la medida tenga su trastorno estabilizado y en remisión. También puede ocurrir que una vez finalizada la medida, el sujeto no se halle recuperado y mantenga su peligrosidad, pudiendo interponerse un recurso por vía civil para que se proceda a su internamiento civil involuntario. En estos casos, el Derecho Penal deja de actuar y es el Derecho Civil el que se hace cargo del sujeto (Echeburúa, 2018).

4. ESTUDIO EMPÍRICO RETROSPECTIVO

4.1. Objetivos de la Investigación

Este trabajo ha puesto su foco de atención en la responsabilidad penal que se les atribuye a aquellas personas que padecen un trastorno mental y, como consecuencia del mismo, han cometido un acto delictivo. Es preceptivo en estos casos evaluar las competencias intelectivas y volitivas del afectado -capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión- en el momento de los hechos. También ha sido motivo de interés la naturaleza de la valoración de imputabilidad de personas que, sin padecer un trastorno mental crónico, cometen un delito estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas, pudiendo tener una grave adicción a las mismas. Para ello, se han analizado los argumentos aportados por el órgano juzgador a la hora de pronunciarse sobre el grado de imputabilidad que corresponde a estos sujetos. Para llevar a cabo este estudio, se han analizado un conjunto de sentencias comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2018, todas ellas dictadas por el correspondiente órgano juzgador en el País Vasco y relacionadas con el padecimiento de una psicopatología y la comisión de un delito.

A partir de este conjunto de sentencias, se van a identificar las psicopatologías que con mayor frecuencia están relacionadas con la violencia y, en consecuencia, con la comisión de conductas delictivas. También se van a analizar las alteraciones psicológicas que normalmente conllevan exención o disminución de la responsabilidad penal, así como aquellas que no suponen la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad. En función de la plenitud o limitación de las capacidades mentales del sujeto 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.

4.2. 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 dos 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”, indicando que el tipo de resolución sean “sentencias” y que hayan sido dictadas en el “País Vasco”. En el apartado de texto libre, se han introducido las palabras clave “enfermedad mental imputabilidad”. De esta selección, se han obtenido un total de 385 sentencias, de las cuales el buscador Cendoj solo permite tener acceso a 200. En la segunda búsqueda, se han introducido exactamente los mismos datos que en la anterior, “jurisdicción penal”, “sentencias” y “País Vasco”, cambiando las palabras añadidas en el texto libre por “trastorno mental imputabilidad”. En este caso, ha ocurrido lo mismo que en la búsqueda anterior. De la selección efectuada, se han encontrado un total de 530 sentencias, de las cuales únicamente se ha podido tener acceso a 200. El buscador de jurisprudencia Cendoj, a pesar de almacenar una gran cantidad de documentación judicial, establece la limitación de poder recuperar un máximo de 200 documentos, no pudiendo acceder al resto de sentencias relacionadas con la materia de estudio.

De las dos búsquedas realizadas, “enfermedad mental imputabilidad” y “trastorno mental imputabilidad”, se han obtenido un total de 400 sentencias. La mayoría de las sentencias obtenidas en estas dos búsquedas han resultado ser las mismas, de modo que el número de la muestra se ha visto reducido. A pesar de ello, con la utilización de estos dos filtros también se han encontrado nuevas sentencias, haciendo posible incrementar la muestra. 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. Por último, se han eliminado aquellas sentencias sobre procesos penales en los que no ha habido peritaje a efectos de valorar el grado de imputabilidad del acusado. Tras aplicar los correspondientes filtros, el estudio cuenta con un total de 73 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 no se ha centrado en una psicopatología determinada, de modo que se han analizado diferentes tipos de trastornos mentales de distinta naturaleza, así como sus implicaciones en el ámbito forense.

Una vez seleccionadas las sentencias, se ha procedido a realizar un vaciado 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 y la “fecha” en la que se ha dictado la sentencia.

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, el “tipo de fallo” que ha sido dictado, pudiendo ser absolutorio, sobreseído o condenatorio y la “condena” correspondiente. En los casos en los que se haya juzgado más de un delito, se ha escogido el de mayor gravedad, así como la condena más gravosa.

Por otro lado, cuando el sujeto acusado haya sido declarado absuelto al considerar sus facultades anuladas como consecuencia de su enfermedad mental, se ha indicado 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”, “edad” y “nacionalidad”. También se ha considerado de interés conocer si el sujeto padece “problemas de consumo”, así como el “tipo de problema” que pueda tener. De la víctima se ha extraído la misma información: “sexo”, “edad” y “nacionalidad”.

Otra cuestión importante ha sido el tipo de “enfermedad mental” que posee el acusado, indicando si el diagnóstico tuvo lugar antes o a raíz del proceso penal.

Por último, a efectos de obtener información sobre el grado de imputabilidad que corresponde a cada sujeto, se han seleccionado aquellas sentencias en las que se mencione

la existencia de un “informe pericial”, ya sea a instancia de parte (privado) o solicitado por el juzgado (público). También ha resultado de interés el hecho de si se ha personado o no en el juicio oral el terapeuta del acusado o un testigo experto con el fin de pronunciarse acerca del diagnóstico del sujeto, mediante la elaboración de un “informe documental”.

4.3. Resultados obtenidos

Este estudio ha tomado como muestra un total de 73 sentencias comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2018 que han sido dictadas en el País Vasco por el órgano jurisdiccional competente. En todas las sentencias se discute sobre la posible responsabilidad penal atribuible al autor del delito, siendo este un sujeto que padece un trastorno mental y que, como consecuencia del mismo, ha llevado a cabo la conducta delictiva. También es debatida la posible imputabilidad de sujetos que, sin padecer un trastorno mental crónico, cometen un delito encontrándose bajo los efectos de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas.

Todos los gráficos y tablas que se presentarán a continuación son de elaboración propia, realizados a partir de los datos obtenidos de las sentencias.

Siendo 73 las sentencias analizadas, prácticamente todas ellas han sido dictadas por la **Audiencia Provincial** de la capital de provincia correspondiente (Vitoria, Bilbao o San Sebastián). Es decir, del total, 71 sentencias han sido competencia de este órgano juzgador. De esas 71 sentencias, 45 han sido juzgadas en la sede de Bilbao, 21 en San Sebastián y 5 en Vitoria. El hecho de que la Audiencia Provincial de Bilbao haya dictado un mayor número de sentencias resulta previsible dado que su población es superior a la de Vitoria o San Sebastián. Las sentencias restantes solamente han sido dos, siendo competencia cada una de ellas de distinto órgano jurisdiccional. Por un lado, el Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Bilbao y, por otro lado, el Juzgado de lo Penal de Vitoria.

Dentro del ámbito de la Audiencia Provincial, en ocasiones, y teniendo en cuenta el tipo de delito cometido, puede intervenir el **Tribunal del Jurado**. En el presente estudio, en un total de 11 sentencias se ha pronunciado este órgano colegiado, todas ellas referentes

a delitos contra las personas recogidos en los artículos 138 y siguientes del Código Penal (del homicidio y sus formas).

Tribunal del Jurado

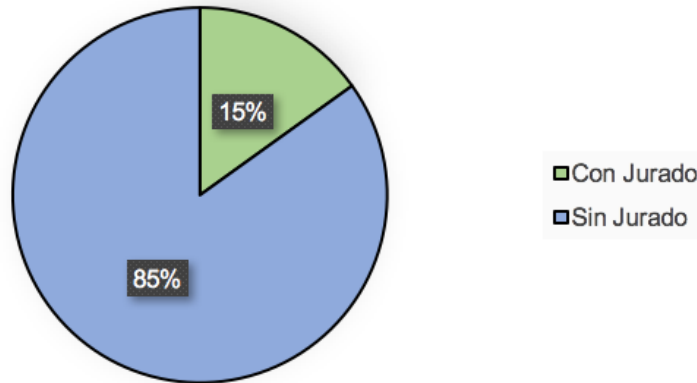


Gráfico 1. Tribunal del Jurado.

Una vez analizado el órgano juzgador que ha intervenido en cada sentencia objeto de estudio, cabe hacer mención al **tipo de fallo** con el que se ha dado por finalizado el proceso penal en cada caso. Del total de 73 sentencias, 66 han concluido con la condena del autor del delito, es decir, con un fallo condenatorio, mientras que solamente en 7 sentencias se ha acordado la absolución del acusado.

Tipo de fallo

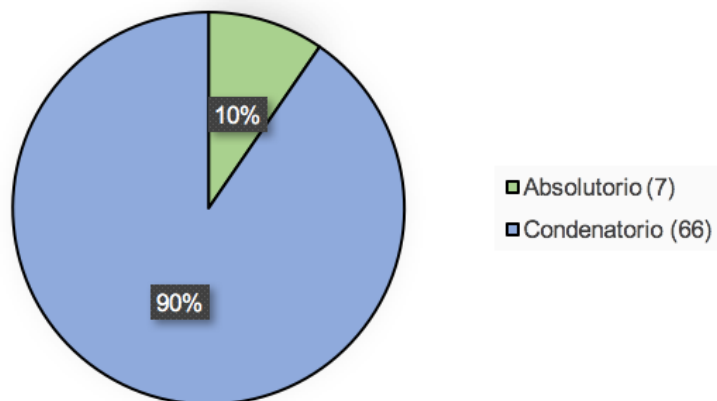


Gráfico 2. Tipo de fallo: absolutorio o condenatorio.

La absolución del sujeto acusado se acuerda cuando en él concurre una de las circunstancias susceptibles de eximir la responsabilidad penal recogidas en el artículo 20 del Código Penal. Son circunstancias que reciben el nombre de eximentes completas. La

condena del acusado, por el contrario, se acuerda cuando en él no concurre ningún tipo de atenuante o cuando, a pesar de concurrir en él alguna de las atenuantes previstas en el artículo 21 del Código Penal, no reúnen todos los requisitos para ser apreciadas como susceptibles de eximir por completo la responsabilidad penal.

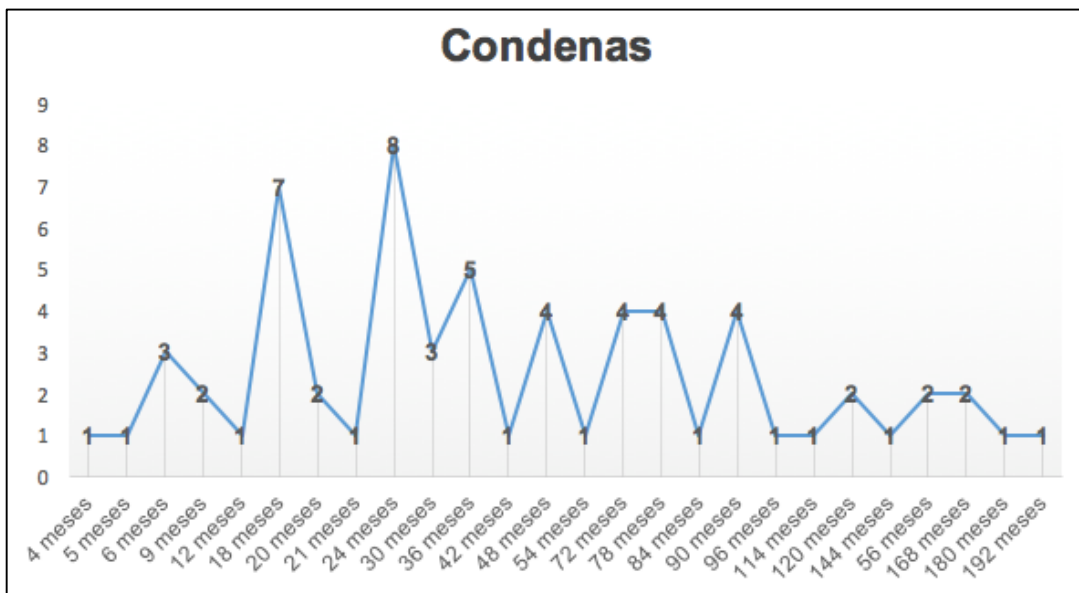


Gráfico 3. Duración de la condena en meses.

Por lo que respecta a las **circunstancias modificativas de la responsabilidad penal**, han concurrido un total de 54 atenuantes y 32 agravantes.

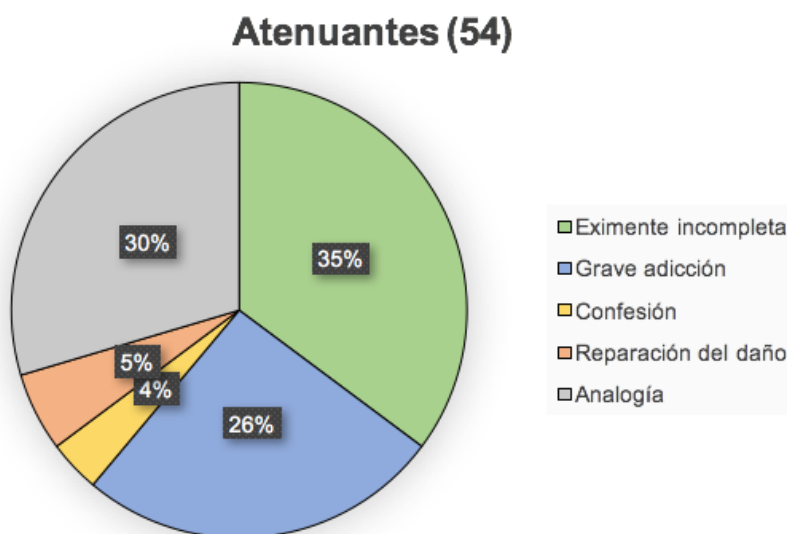


Gráfico 4. Circunstancias atenuantes de la responsabilidad criminal aplicadas.

Agravantes (32)

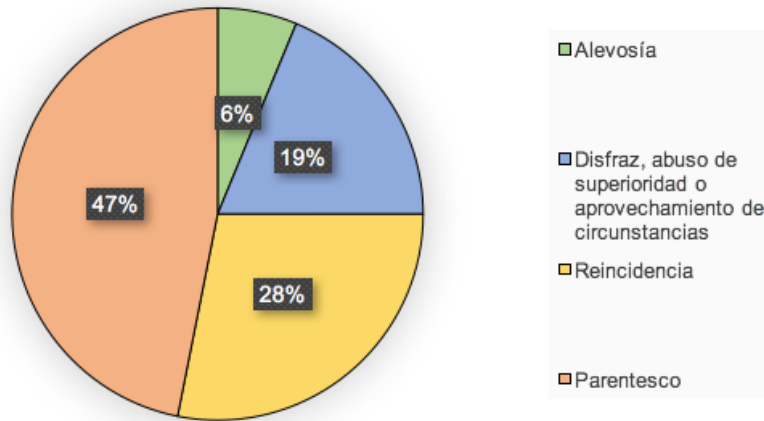


Gráfico 5. Circunstancias agravantes de la responsabilidad penal aplicadas.

A través de estas sentencias se ha obtenido un total de **73 delitos**, correspondientes a diferentes tipologías y que, por ende, vulneran diferentes derechos fundamentales. De esos 73 delitos recogidos, gran parte de ellos se engloban dentro del homicidio y sus formas (23 delitos) y dentro de la tipología de delitos contra la salud pública (22 delitos). Con menor incidencia, pero igualmente relevantes, son los delitos de lesiones que han sido registrados un total de 11, así como 11 delitos que vulneran la libertad e indemnidad sexuales. Por último, los delitos restantes se han englobado bajo el epígrafe “otras tipologías delictivas” y constituyen un total de 6.

Tipología delictiva

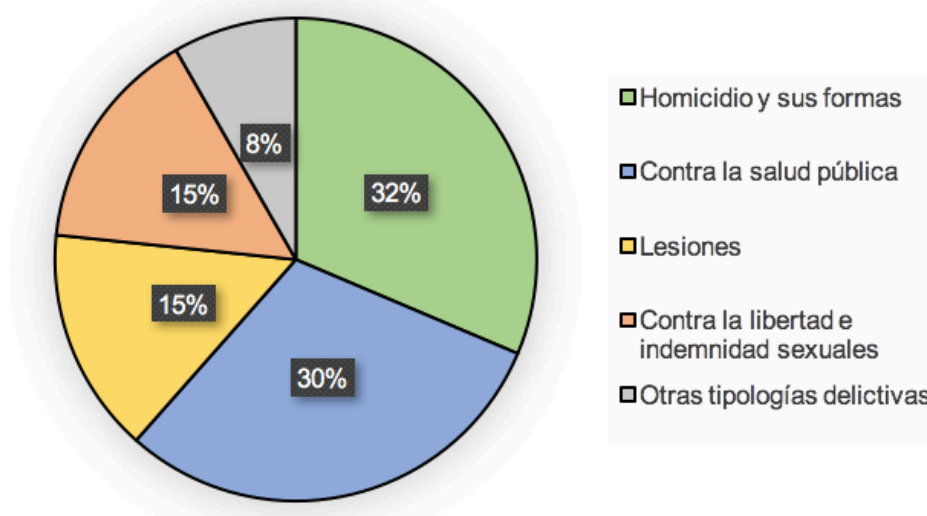


Gráfico 6. Total de delitos cometidos atendiendo a su tipología.

Dentro de los 23 delitos integrados en la categoría “Del homicidio y sus formas” se han encontrado diferentes tipos delictivos: 9 asesinatos, 5 asesinatos en grado de tentativa, 3 homicidios y 6 homicidios en grado de tentativa. De estos resultados se puede deducir que el delito de asesinato, ya sea consumado o en grado de tentativa, es el que con más frecuencia es juzgado en un proceso penal contra personas que padecen algún tipo de trastorno mental. El número de homicidios y asesinatos llevados a cabo en grado de tentativa también resulta significativo.

Los delitos contra la salud pública también han estado muy presentes en el estudio, con un total de 22 casos, coincidiendo todos ellos en su modalidad de tenencia preordenada al tráfico de drogas.

En cuanto al delito de lesiones, han sido 11 los casos en los que se ha ejecutado un delito de este tipo, de los cuales 3 han sido catalogados como maltrato en el ámbito familiar.

Por otro lado, en lo referente a delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, han sido cometidos un total de 11, de los cuales 1 es tipificado como delito de agresión sexual a menores de 16 años, 3 como delito de violación, 4 como delito de abuso sexual a menores de 16 años, 2 como delito de abuso sexual y 1 como delito de pornografía infantil. Esta clasificación de delitos sexuales permite identificar que, del total, 6 de ellos son cometidos siendo el sujeto pasivo una persona menor de edad.

Por último, dentro del epígrafe “otras tipologías delictivas” han sido integrados aquellos delitos que, por ser baja su incidencia, no resultan especialmente llamativos de cara a la extracción de posibles conclusiones respecto al tema de estudio, entre los que se encuentran los siguientes: 2 delitos de apropiación indebida, 1 delito de detención ilegal, 1 delito de incendio, 1 delito de malversación y 1 delito de violencia de género.

Tabla 1

Total de delitos cometidos, incluyendo su frecuencia y porcentaje

TIPOLOGÍA DELICTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Delito de asesinato	9	12,3%
Tentativa de asesinato	5	6,8%
Delito de homicidio	3	4,1%
Tentativa de homicidio	6	8,2%
Delito contra la salud pública	21	28,8%
Tentativa de delito contra la salud pública	1	1,4%
Delito de abuso sexual	2	2,7%
Delito de abuso sexual a menores de 16 años	4	5,5%
Delito de violación	3	4,1%
Delito de agresión sexual a menores de 16 años	1	1,4%
Delito de pornografía infantil	1	1,4%
Delito de lesiones	7	9,6%
Delito de lesiones causantes de deformidad	1	1,4%
Delito de maltrato en el ámbito familiar	3	4,1%
Delito de apropiación indebida	2	2,7%
Delito de malversación	1	1,4%
Delito de violencia de género	1	1,4%
Delito de incendio	1	1,4%
TOTAL	73	100%

En cuanto a los autores de los delitos, resulta significativo que, de **73 imputados** en total, 66 sean hombres y 7 mujeres, con una edad comprendida entre los 19 y 76 años, teniendo como media 37 años. El 98,3% de los imputados no superan los 57 años de edad, mientras que el porcentaje restante corresponde a un único sujeto que cuenta con 76 años. Por lo que respecta a su nacionalidad, 42 sujetos son españoles, 6 son de Latino América, 2 de África, 1 de Rumanía y otro de Portugal. De los restantes, es decir de 20 sujetos, no se dispone información acerca de su nacionalidad. Por otro lado, en cuanto a la **persona denunciante**, en 48 casos se trata de una persona conocida para el autor del delito. En los restantes, se trata de alguien desconocido, es decir, aquellos casos de delitos en los que quien interpone la denuncia es un agente de la autoridad. No hay desequilibrio en cuanto

al sexo, habiéndose registrado 24 hombres y 24 mujeres. De las 25 personas restantes no se dispone información. Por lo que respecta a la edad, tienen de media 28 años, siendo la víctima más joven una recién nacida y la más anciana una mujer de 93 años. En cuanto a la nacionalidad, solo se dispone información de 17 víctimas, de las cuales 15 son españolas, 1 latino americana y otra portuguesa.

De esos 73 imputados, **53** presentan algún tipo de problema relacionado con el **consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas**. Concretamente, 25 manifiestan abuso de tóxicos, 15 dependencia a tóxicos y 13 adicción a tóxicos.

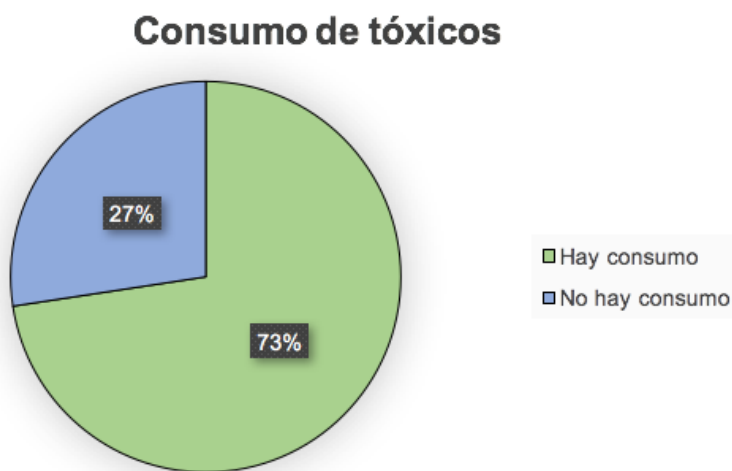


Gráfico 7. Consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas.

En cuanto a la clase de sustancia consumida, se ha apreciado una ingesta conjunta de alcohol, cannabis y cocaína, siendo este patrón de consumo el que ha predominado entre los consumidores.

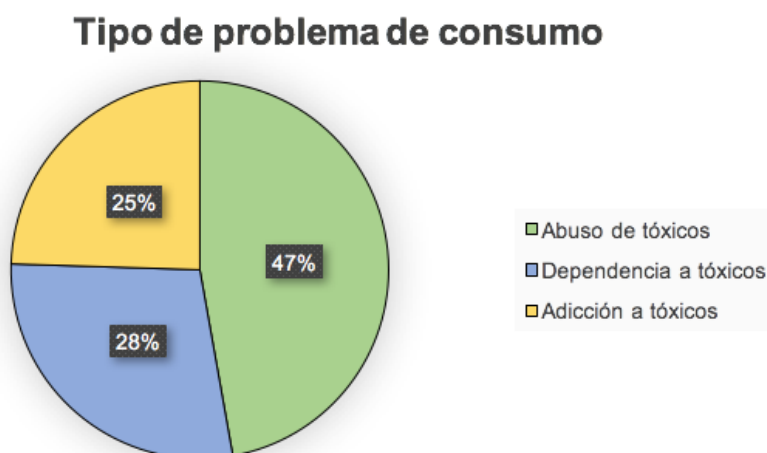


Gráfico 8. Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos.

Como ya se ha mencionado, esta investigación se ha centrado en el estudio de un conjunto de sentencias en las que se discute sobre la posible responsabilidad penal atribuible a personas que han cometido un delito padeciendo un trastorno mental. Por esta razón, resulta imprescindible identificar aquellas psicopatologías que con mayor frecuencia están presentes en sujetos que han llevado a cabo algún tipo de conducta ilícita. En este sentido, de los 73 sujetos que han cometido un delito, y sin considerar aquellos casos en los que el acusado sufre algún tipo de problema con el consumo de tóxicos, **55 padecen alguna de las siguientes enfermedades mentales:**

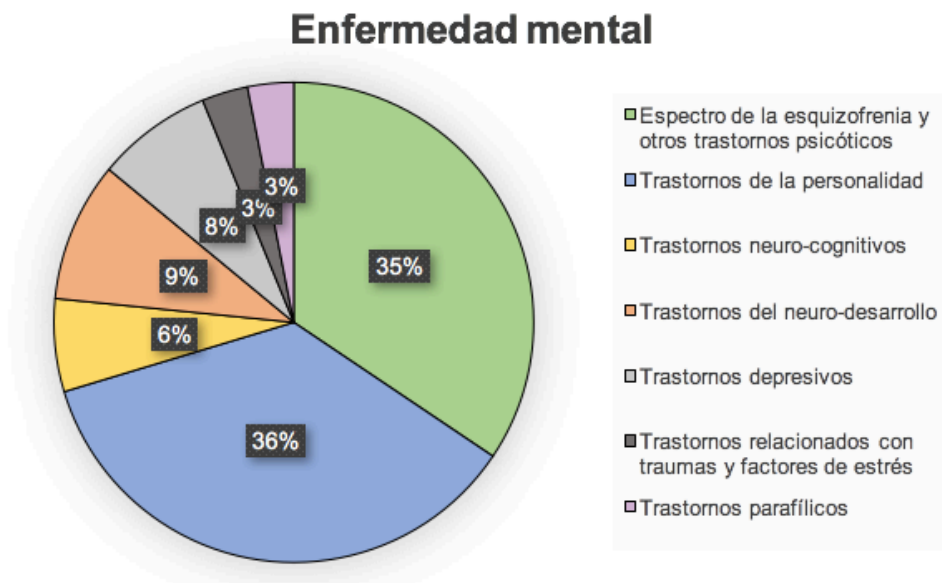


Gráfico 9. Enfermedad mental del imputado atendiendo a la clasificación del DSM-V.

Entre los 55 sujetos mencionados se han identificado un total de **64 enfermedades mentales**. Esto significa que hay casos, concretamente 9, en los que existe **comorbilidad** entre dos trastornos mentales.

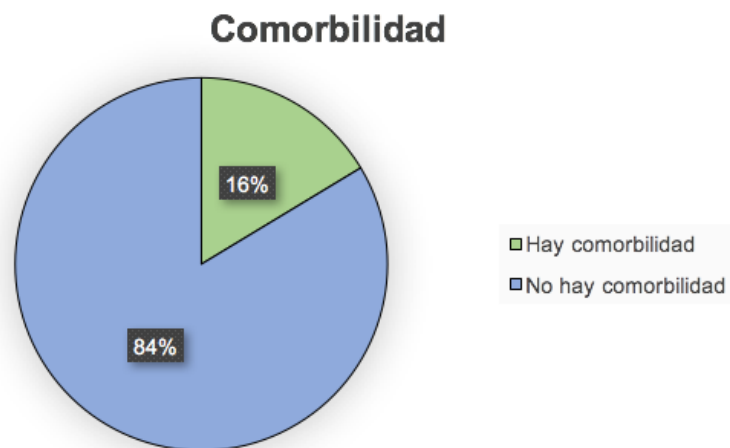


Gráfico 10. Comorbilidad entre diferentes diagnósticos.

Tabla 2

Diagnósticos entre los que existe comorbilidad

COMORBILIDAD

Esquizofrenia paranoide (22)	Discapacidad intelectual (2)	Trastornos de la personalidad (2)
Trastornos de la personalidad (21)	Trastorno depresivo (3)	Discapacidad intelectual (1)
Discapacidad intelectual (3)	Trastorno de pedofilia (1)	

Del total de sujetos que padecen una enfermedad mental, 22 de ellos presentan alguno de los trastornos ubicados dentro del DSM-V como **“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”**. Concretamente, todos ellos han sido diagnosticados de esquizofrenia paranoide. En cuanto a los trastornos de la personalidad, un total de 21 sujetos han recibido este diagnóstico. De los trastornos que se engloban dentro del epígrafe **“Trastornos de la personalidad”**, no destaca entre los sujetos ninguno en especial, estando presentes una gran variedad de los mismos, entre los que se encuentran: trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno mixto de la personalidad y trastorno inespecífico de la personalidad. Por lo que respecta a los **“Trastornos neuro-cognitivos”**, un total de 4 sujetos han manifestado un trastorno neuro-cognitivo leve. Por otro lado, son 3 los sujetos que presentan un **“Trastorno del neuro-desarrollo”**, específicamente, una discapacidad intelectual leve. Los **“Trastornos del estado de ánimo”** también han estado presentes en el estudio, con un total de 2 sujetos diagnosticados de trastorno depresivo. Dentro de los **“Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”** se han encontrado 2 sujetos, coincidiendo en el diagnóstico de un trastorno de adaptación. Por último, entre los **“Trastornos parafilicos”** se ha identificado un sujeto con un trastorno de pedofilia.

Además de la comorbilidad existente entre los diagnósticos mencionados, también está presente en más de la mitad de los sujetos que padecen una enfermedad mental un consumo de tóxicos. Es decir, del total de sujetos que padecen uno de los trastornos

mentales citados, **35** presentan a su vez algún tipo de problema con el **consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas.**

De los 22 sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide, 2 de ellos manifiestan dependencia a tóxicos, 11 abuso de tóxicos y 1 adicción a tóxicos. De los sujetos que padecen un trastorno de la personalidad, 4 presentan dependencia, 6 abuso y 3 adicción. Por lo que respecta a los sujetos diagnosticados de un trastorno depresivo, todos ellos consumen tóxicos, concretamente, presentan dependencia. Los sujetos que presentan un trastorno del neuro-desarrollo son 3, de los cuales 1 tiene dependencia a tóxicos y otro abusa de los mismos. Por otro lado, de los 4 sujetos que manifiestan un trastorno neuro-cognitivo, 2 presentan dependencia. Por último, son 2 los sujetos diagnosticados de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que manifiestan dependencia a tóxicos.

En definitiva, en más de la mitad de los sujetos que tienen diagnosticado un trastorno mental existe un patrón desadaptativo de consumo que necesariamente repercute de manera negativa en la evolución y desarrollo de dicho trastorno.

La relación existente entre el consumo de tóxicos y el padecimiento de un trastorno mental se ha plasmado en la siguiente tabla:

Tabla 3

Tipo de problema derivado del consumo de tóxicos atendiendo a la enfermedad mental del imputado

Enfermedad mental	Dependencia a tóxicos	Abuso de tóxicos	Adicción a tóxicos	TOTAL
Esquizofrenia paranoide	2	11	1	14
Trastorno de la personalidad	4	6	3	13
Deterioro cognitivo	2	-	-	2
Discapacidad intelectual	1	1	-	2
Trastorno depresivo	2	-	-	2
Trastorno de adaptación	2	-	-	2
TOTAL	13	18	4	35

Una de las enfermedades mentales más presentes entre los autores de los delitos ha sido la esquizofrenia paranoide, con un total de 22 sujetos. En cuanto a los delitos cometidos por esos sujetos, 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.

Esquizofrenia paranoide (22)

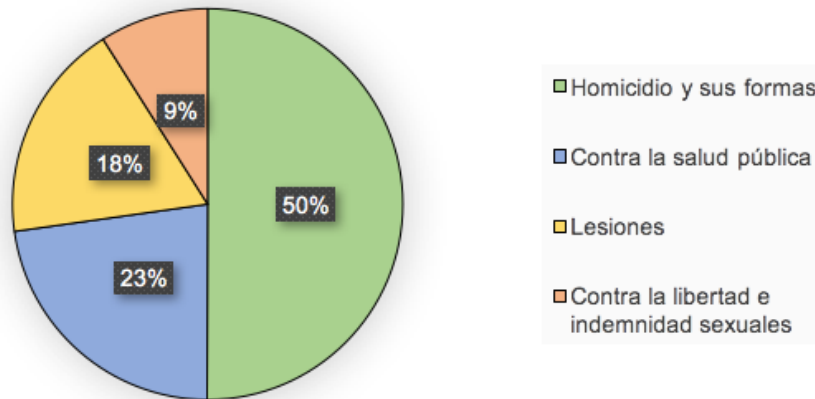


Gráfico 11. Delitos cometidos por sujetos con esquizofrenia paranoide.

Por lo que respecta a los trastornos de la personalidad, también han estado muy presentes entre los sujetos objeto de estudio. Los delitos perpetrados por estos sujetos han sido los siguientes: 8 delitos integrados en la categoría del homicidio y sus formas, de los cuales 3 son asesinatos, 2 homicidios y 3 homicidios en grado de tentativa; 5 delitos de lesiones; 3 delitos contra la salud pública; 2 delitos contra la libertad e indemnidad sexuales; 1 de detención ilegal, 1 de incendio y 1 de malversación.

Trastornos de la personalidad (21)

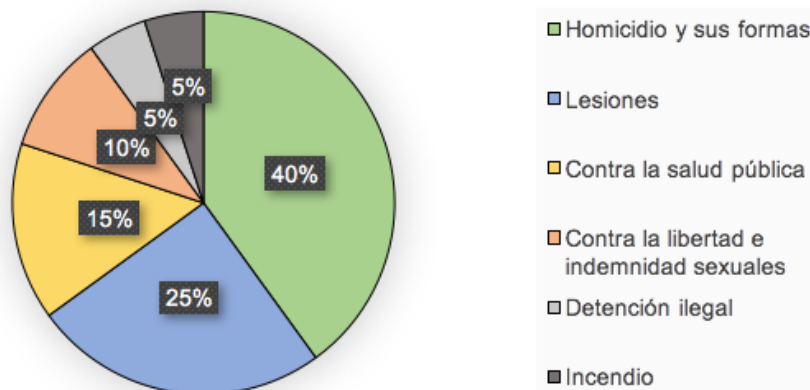


Gráfico 12. Delitos cometidos por sujetos con un trastorno de la personalidad.

Los sujetos diagnosticados de los trastornos mentales restantes, es decir, trastornos del neuro-desarrollo, trastornos neuro-cognitivos, trastornos depresivos, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y los trastornos parafilicos han protagonizado un total de 12 delitos. Por lo que respecta a los sujetos con discapacidad intelectual, 2 de ellos han llevado a cabo un delito sexual y 1 un delito contra la salud pública. En cuanto a los sujetos con deterioro cognitivo, 3 de ellos han cometido un delito de abuso sexual, siendo una de las víctimas un menor de edad, mientras que el restante ha perpetrado un delito de lesiones, concretamente, un delito de maltrato en el ámbito familiar. Por otro lado, los sujetos con trastorno depresivo han protagonizado 1 delito de violencia de género y 1 delito de lesiones, siendo la víctima en ambos casos un familiar. Los sujetos con trastorno de adaptación han cometido 1 delito de malversación y 1 delito contra la salud pública. Por último, el sujeto diagnosticado de pedofilia ha llevado a cabo un delito contra la libertad e indemnidad sexuales.

Por lo que respecta a la **responsabilidad penal** atribuible a cada uno de estos sujetos, cabe mencionar la necesidad de un informe pericial que se manifieste al respecto, es decir, que emita una valoración sobre el estado en el que las capacidades mentales del sujeto se encontraban al tiempo de cometer el delito. Por esta razón, todas las sentencias que han sido seleccionadas como muestra de este estudio han tratado sobre procesos penales en los que se han realizado peritajes con la finalidad de informar al juez sobre el estado del sujeto y facilitar su decisión respecto a su imputabilidad.

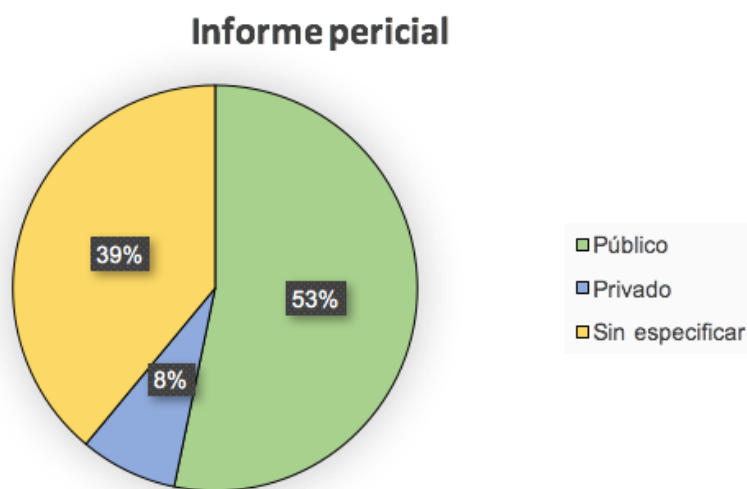


Gráfico 13. Procedencia del informe pericial expuesto en el juicio oral.

En este sentido, de las sentencias se han extraído un total de 77 informes periciales, de los cuales 41 son públicos, es decir, ordenados por el órgano juzgador al equipo psico-social del juzgado y 6 son privados, es decir, a instancia de parte. En los restantes, no se especifica su procedencia. Del total de informes públicos, 39 han sido tenidos en cuenta por el juez al pronunciarse sobre la imputabilidad del acusado. Por lo que respecta a los informes privados, han sido valorados para dictar el fallo de la sentencia 4 de ellos. Por último, en cuanto a los informes en los que no se especifica su procedencia, todos ellos han sido tenidos en cuenta por el juez.

Además de los informes periciales emitidos por los expertos correspondientes, también han intervenido en 24 casos los terapeutas de los acusados, aportando en el juicio oral un informe sobre la historia clínica de los mismos.

Tal y como se ha señalado anteriormente, han sido **7 las sentencias** que han finalizado **con un fallo absolutorio**, teniendo todas ellas en común la enfermedad mental del acusado, tratándose de sujetos diagnosticados de **esquizofrenia paranoide**, de los cuales 4 presentan a su vez abuso de tóxicos. De esos 4 sujetos que además de padecer esquizofrenia paranoide consumen tóxicos, 2 tienen diagnosticado un segundo trastorno mental, concretamente, uno de ellos tiene un trastorno de la personalidad y otro presenta una discapacidad intelectual. En estos supuestos de inimputabilidad se han impuesto un total de 7 medidas de seguridad, consistiendo en su internamiento en un centro para someterse al tratamiento psiquiátrico correspondiente.

Por lo que respecta a los **fallos condenatorios**, han sido **66** las sentencias que han concluido con la condena del acusado. En primer lugar, se va a proceder a analizar la responsabilidad penal atribuida a los sujetos con el diagnóstico de **esquizofrenia paranoide**.

Esquizofrenia paranoide

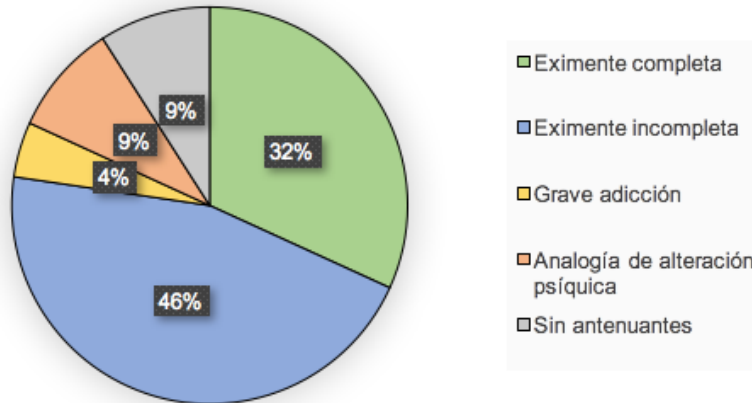


Gráfico 14. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal aplicadas a sujetos con esquizofrenia paranoide.

Del total de sujetos que padecen este trastorno mental, a 10 se les ha atenuado su condena mediante la aplicación de la **eximente incompleta** del artículo 21.1 en relación con el 20.1 del Código Penal, de modo que han sido declarados como semi-imputables. De estos 10 sujetos, 6 de ellos presentan simultáneamente un consumo abusivo de tóxicos. De esos 6 sujetos que además de padecer esquizofrenia paranoide consumen tóxicos, 1 de ellos tiene diagnosticada una discapacidad intelectual. A 7 de estos sujetos, además de la correspondiente pena privativa de libertad, se les han impuesto las siguientes medidas de seguridad: 6 medidas de internamiento y 1 medida de libertad vigilada.

Por lo que respecta a la **grave adicción**, ha sido 1 el sujeto que ha visto reducida su condena por concurrir en él esta atenuante, tratándose de un sujeto que, además de estar diagnosticado de esquizofrenia paranoide, presenta un evidente consumo perjudicial de tóxicos, en concreto, dependencia.

Han sido 2 los sujetos con este diagnóstico a los que se les ha aplicado la atenuante por **analogía de alteración psíquica**, presentando a su vez abuso de tóxicos y dependencia.

Por último, no se les ha aplicado ningún tipo de atenuante a 2 de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide al considerar que sus facultades mentales se encontraban completamente conservadas al tiempo de cometer los hechos. De estos 2 sujetos, 1 de

ellos también tiene diagnosticado un trastorno de la personalidad y manifiesta una adicción a tóxicos.

En segundo lugar, se va a proceder a analizar la responsabilidad penal atribuida a los sujetos diagnosticados de un **trastorno de la personalidad**:

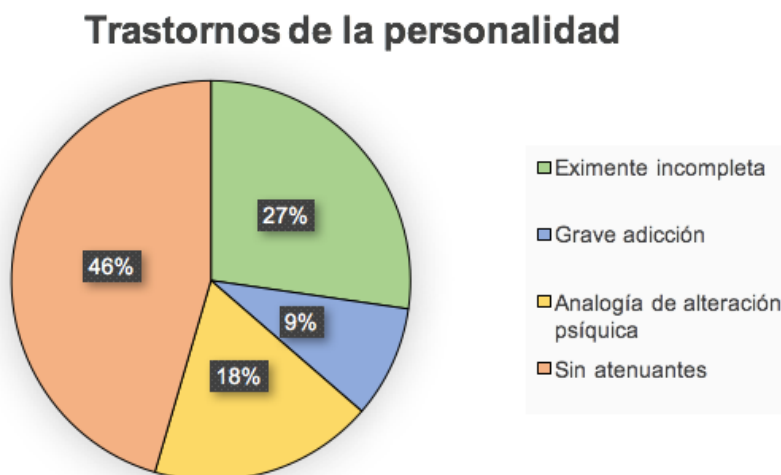


Gráfico 15. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal aplicadas a sujetos con un trastorno de la personalidad.

De los 21 sujetos con este diagnóstico, 6 de ellos han sido declarados semi-imputables, es decir, se les ha aplicado una **eximente incompleta**. De esos 6 sujetos, 3 tienen diagnosticado un segundo trastorno mental, coincidiendo en un trastorno depresivo. Además, de esos 6 sujetos, 4 presentan problemas con el consumo de tóxicos, en concreto, 2 dependencia y 2 abuso de tóxicos. En cuanto a las medidas de seguridad impuestas, 2 de los sujetos han sido sometidos a una medida de internamiento y 1 a tratamiento psiquiátrico.

En cuanto al **resto de atenuantes**, a 2 de los sujetos se les ha aplicado la atenuante de grave adicción. Además, a 1 de ellos se le ha aplicado también la atenuante por analogía de alteración psíquica, por presentar simultáneamente una discapacidad intelectual. Los sujetos restantes, es decir 3, han visto reducida su condena por concurrir en ellos una circunstancia analógica de alteración psíquica. Todos estos sujetos presentan algún tipo de problema con el consumo de sustancias tóxicas.

Finalmente, han sido 10 los sujetos con este diagnóstico a los que no se les ha aplicado ningún tipo de atenuante, al considerar que sus facultades mentales se encontraban intactas al tiempo de cometer los hechos e independientemente de presentar 2 de ellos abuso de tóxicos, 1 dependencia y 1 adicción.

A los sujetos diagnosticados de los **trastornos mentales restantes**, se les han aplicado las siguientes atenuantes:

Tabla 4

Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal aplicadas a sujetos con los diagnósticos mencionados

Enfermedad mental	Eximente incompleta	Grave adicción	Analogía de alteración psíquica	Reparación del daño
Deterioro cognitivo	1	-	3	2
Discapacidad intelectual	-	1	2	-
Trastorno depresivo	1	-	-	-
Trastorno de adaptación	-	-	1	-
Trastorno de pedofilia	-	-	-	-

En definitiva, de los 4 sujetos con deterioro cognitivo, a 1 de ellos se le ha aplicado una eximente incompleta y se ha acordado su sometimiento a una medida de internamiento y a 3 se les ha aplicado una atenuante por analogía de alteración psíquica. Los sujetos con discapacidad intelectual son 3, de los cuales 2 han visto reducida su condena por concurrir en ellos una atenuante por analogía de alteración psíquica y 1 por presentar una grave adicción a tóxicos. De los 2 sujetos con trastorno depresivo, solo a 1 de ellos se le ha atenuado su condena, al concurrir en él una eximente incompleta. De los 2 sujetos con trastorno de adaptación, solo a 1 de ellos se le ha rebajado su condena aplicándole una atenuante analógica. Por último, al sujeto con trastorno de pedofilia no se le ha aplicado ninguna atenuante.

Una vez analizados todos los datos referentes a aquellos sujetos que padecen alguno de los trastornos mentales mencionados, cabe hacer referencia a los **18 sujetos** restantes que, a pesar de no manifestar ninguno de los diagnósticos anteriores, presentan **diferentes problemas con el consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas**. Concretamente, 7 de ellos presentan abuso de tóxicos, 9 adicción a tóxicos y 2 dependencia.

Los delitos cometidos por estos sujetos han sido los siguientes: 12 delitos contra la salud pública, 1 asesinato, 2 asesinatos en grado de tentativa, 1 homicidio en grado de tentativa, 1 delito de lesiones y 1 de delito de apropiación indebida.

En cuanto a la responsabilidad penal atribuida a estos sujetos, a 1 se le ha aplicado una eximente incompleta, a 10 se les ha atenuado su condena mediante la apreciación de la atenuante de grave adicción, a 4 se les ha aplicado la atenuante por analogía de toxicomanía y a 3 no se les ha aplicado ningún tipo de atenuación.

4.4. Discusión

Como se ha ido señalando a lo largo del trabajo, 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, siendo esta relación más estrecha cuando existe comorbilidad con otros trastornos mentales o con el consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas.

Este estudio se ha centrado en analizar un conjunto de sentencias comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2018, todas ellas dictadas por el correspondiente órgano juzgador en el País Vasco. A partir de este análisis, se han identificado los trastornos mentales que con mayor frecuencia han estado presentes entre los sujetos que han cometido un hecho delictivo. En palabras de Echeburúa (2018), entre las principales psicopatologías que se hallan asociadas a comportamientos violentos se encuentran los trastornos psicóticos, el alcoholismo y toxicomanías, los trastornos depresivos, las parafilias, las reacciones postraumáticas, la discapacidad intelectual, las demencias y los trastornos de la personalidad. Este dato se corresponde con los resultados obtenidos en este estudio, en el que, de los 73 sujetos analizados, 22 están diagnosticados de esquizofrenia paranoide, 21

de trastorno de la personalidad, 18 de alcoholismo o toxicomanía, 4 de demencia, 2 de trastorno depresivo, 3 de discapacidad intelectual, 1 de trastorno de pedofilia y 2 de trastorno de adaptación.

No todos los sujetos analizados tienen diagnosticado un solo trastorno mental, existiendo en más de la mitad de los casos comorbilidad con otros trastornos o con un consumo de sustancias tóxicas, lo que ha incrementado el riesgo de que desarrollen conductas violentas.

En este sentido, una enfermedad mental grave, como puede ser en determinados casos la esquizofrenia, solamente es susceptible de explicar un pequeño porcentaje de la criminalidad violenta, viéndose en la mayoría de las ocasiones en las que estas conductas ocurren vinculada a otro trastorno mental, como puede ser a un trastorno de la personalidad, o a un consumo de tóxicos. Lo mismo ocurre con los sujetos que padecen un trastorno de la personalidad, en los que el riesgo de conductas violentas se incrementa cuando existe comorbilidad con otros trastornos como la discapacidad intelectual o con el consumo de tóxicos (Esbec y Echeburúa, 2016b). Esto puede contemplarse en el presente estudio, en el que el diagnóstico de esquizofrenia se presenta en algunos casos junto con un trastorno de la personalidad o una discapacidad intelectual, viéndose de esta manera potenciada la peligrosidad criminal de estos sujetos. Igualmente, entre los sujetos con un trastorno de la personalidad, se encuentra en diversos supuestos un segundo diagnóstico, concretamente, un trastorno depresivo o una discapacidad intelectual.

Por lo que respecta al consumo de tóxicos, la mayoría de los sujetos diagnosticados de alguno de los trastornos mencionados presentan un consumo perjudicial, predominando la ingesta conjunta de alcohol, cannabis y cocaína. Cuando esto ocurre, es decir, cuando una persona ingiere estas sustancias al mismo tiempo, se 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).

Tal y como afirma Echeburúa (2018), el consumo de alcohol y drogas se relaciona en muchas ocasiones con algunos trastornos mentales, funcionando como un disparador de múltiples conductas delictivas, especialmente en personas con trastornos de la

personalidad, psicosis crónicas, trastornos del control de los impulsos, trastornos del estado de ánimo y parafilias. 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 de sustancias tóxicas, siendo este un claro desencadenante de las conductas violentas. Esto se ve reflejado claramente en el resultado obtenido a través de la revisión de las sentencias, según el cual, de 21 sujetos con un trastorno de la personalidad, 13 presentan un consumo perjudicial de tóxicos que incide de manera negativa en la evolución de su trastorno.

Carrasco y Maza (2010) también se han manifestado sobre la influencia que el consumo de tóxicos ejerce sobre los sujetos que padecen trastornos mentales, siendo un claro potenciador del comportamiento violento. En este sentido, estos autores han afirmado que uno de los factores susceptibles de provocar que una persona diagnosticada de esquizofrenia se comporte de forma violenta es el consumo de sustancias psicotrópicas, ya que puede desencadenar una de las situaciones de mayor riesgo de conductas violentas de todos los diversos trastornos psíquicos. El riesgo de violencia se incrementa aún más cuando, además de existir comorbilidad entre esquizofrenia y consumo de drogas, los sujetos afectados no toman la medicación prescrita para controlar la sintomatología psicótica (Garrido, 2003b). Según el estudio realizado, de los 22 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, 14 consumen sustancias tóxicas, lo que ha podido provocar que estos sujetos experimenten un curso de su enfermedad deteriorante.

De la misma manera ocurre con quienes padecen una discapacidad intelectual o un trastorno depresivo que, si bien no es muy frecuente que estos sujetos cometan delitos, el riesgo se incrementa cuando existe comorbilidad con un consumo de tóxicos o con un trastorno de la personalidad, tal y como ocurre entre los sujetos analizados.

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 (Echeburúa, 2018).

Más de la mitad de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide han llevado a cabo un hecho delictivo violento. Esto se corresponde con la evidencia empírica, según

la cual, los sujetos que padecen esta enfermedad mental protagonizan en la mayoría de las ocasiones (66,7%) delitos de sangre. Debido a las alucinaciones e ideas delirantes que experimentan, actúan de forma automática y protagonizan actos que se caracterizan por su violencia, absurdez e irracionalidad. Además, es habitual que estos sujetos ejerzan la violencia sobre algún familiar cercano, en este sentido, cabe mencionar que 6 sujetos con esta patología han acometido contra uno de los padres, siendo estos víctimas de un delito de asesinato -tanto consumado como en grado de tentativa- (Leganés, 2010).

Entre los sujetos con trastorno de la personalidad, también han predominado notablemente los delitos violentos, destacando el delito de homicidio y de lesiones.

También adquiere interés el número de delitos contra la salud pública que se han llevado a cabo, siendo los que han predominado junto con el homicidio y sus formas. Sus autores son sujetos con problemas con el consumo de tóxicos (presentando en su mayoría una adicción), que se han implicado en este tipo de actos con la finalidad de procurarse la sustancia requerida.

Por lo que respecta a los trastornos del neuro-desarrollo, el riesgo de conductas violentas es mayor cuando la discapacidad intelectual que padece el sujeto es moderada o leve, dado que puede experimentar graves dificultades para inhibirse. Entre los factores que son susceptibles de provocar actos violentos, se encuentran la necesidad de ser aceptados por el grupo de referencia y la tendencia a afrontar sus deficiencias psicológicas de manera impulsiva. Los delitos que más predominan en estos sujetos son los que vulneran la libertad e indemnidad sexuales (San Juan y Vozmediano, 2018; Echeburúa, 2018). Atendiendo al presente estudio, todos los sujetos coinciden en el padecimiento de una discapacidad intelectual de tipo leve lo que, sumado a otro trastorno mental o al consumo de sustancias tóxicas, ha provocado que se desarrollen este tipo de conductas. Además, de los 3 sujetos analizados con esta psicopatología, 2 han cometido un delito sexual.

Resulta igualmente relevante que de 4 sujetos diagnosticados de demencia, 3 hayan llevado a cabo un delito sexual -siendo una de las víctimas un menor de edad-, y 1 un delito de lesiones, tratándose de hechos cometidos contra personas conocidas o familiares. No es muy frecuente que sujetos con demencia lleven a cabo conductas violentas. A pesar de ello, algunos individuos experimentan anomalías en la expresión de sus emociones, lo

que les puede llevar a manifestar estallidos de ira hacia algún familiar o comportamientos descontrolados o desinhibidos en el ámbito sexual (abusos sexuales a menores o cuidadores) (Echeburúa, 2018).

La responsabilidad penal atribuible a cada sujeto se valora atendiendo al sistema biológico-psicológico o mixto por el que se rige el Derecho Penal español. Teniendo como base este sistema, el órgano juzgador, a la hora de valorar la imputabilidad de un sujeto que ha cometido un delito, atiende no solo al origen de la alteración mental (criterio biológico), sino también al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas (criterio psicológico). En este sentido, la inimputabilidad de un sujeto se acordará 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.

Atendiendo a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el estado en el que se encontraba el sujeto en el momento de los hechos debe ser demostrado en el juicio oral a través de las correspondientes pruebas practicadas. Cobra especial importancia la prueba pericial realizada por los expertos, que deberá ser ponderada de forma racional y motivada por el órgano jurisdiccional. Los informes periciales deben realizarse cuando los hechos acaban de producirse, dado que es el mejor momento para determinar el estado en el que se encuentran las capacidades mentales del autor del delito como consecuencia de su trastorno mental. Esto no siempre se cumple, de modo que, en ocasiones, no se puede conocer con exactitud el desajuste psicológico manifestado por el sujeto al tiempo de cometer el delito. Precisamente, este es uno de los problemas que se ha planteado en algunas de las sentencias analizadas en las que, debido al tiempo transcurrido entre los hechos y el examen psiquiátrico, se manifiesta la imposible determinación del grado de afectación de sus facultades mentales. No obstante, a pesar de la importante labor encomendada a los expertos, quien tiene potestad para pronunciarse sobre la imputabilidad de un sujeto es el órgano juzgador, de modo que la función de quien realiza el peritaje se debe limitar a emitir datos empíricos que le ayuden al juez a tomar una decisión. Además de la prueba pericial, también son de gran interés para la valoración del caso la declaración del acusado, de los testigos y la prueba documental. Una vez valorada toda la información extraída de las pruebas practicadas en el juicio oral, el órgano

juzgador se pronunciará al respecto, declarando la imputabilidad, semi-imputabilidad o inimputabilidad del sujeto acusado (Al-Fawal, 2013).

En definitiva, 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. De este modo, en función de si el sujeto conserva plenamente sus capacidades o si, por el contrario, se encuentran mermadas, ya sea parcial o completamente, el órgano jurisdiccional se pronunciará sobre la responsabilidad penal atribuible al mismo, pudiendo acordar su absolución, la disminución de su condena o su plena imputabilidad.

Atendiendo al presente estudio, han sido 7 las sentencias que han finalizado con un fallo absolutorio, teniendo todos los sujetos acusados en común el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En estos casos, el órgano juzgador ha tomado la decisión de dictar su absolución al encontrarse al tiempo de cometer el delito bajo los efectos de un brote psicótico y, por ende, con sus facultades mentales completamente anuladas, no pudiendo comprender su conducta ni comportarse de acuerdo a esa comprensión. Cuando esto ocurre, es decir, cuando el sujeto carece de inteligencia y voluntad, no puede ser declarado responsable a efectos penales, de modo que no puede verse sometido a una pena privativa de libertad, sin embargo, se le aplicará una medida de seguridad que elimine su peligrosidad criminal.

El diagnóstico de esquizofrenia conduce normalmente a la inimputabilidad total del sujeto. Ahora bien, el Tribunal Supremo se ha pronunciado al respecto en diversas sentencias, indicando que para que la esquizofrenia conlleve la inimputabilidad del sujeto no basta con el simple diagnóstico, siendo necesaria la existencia de un nexo causal entre el delito cometido y su enfermedad mental. En este sentido, resulta imprescindible la valoración del efecto que el trastorno mental provoca en la responsabilidad penal, atendiendo no solo al diagnóstico, sino también a las consecuencias psicológicas que dicho trastorno ha tenido en el delito cometido (Esbec y Echeburúa, 2016b).

Las 66 sentencias restantes han concluido con un fallo condenatorio, lo que supone la imputabilidad del acusado y, por ende, su sometimiento a una pena privativa de libertad o su declaración como semi-imputable, al concurrir en él una circunstancia susceptible de reducir su condena.

El órgano juzgador ha venido aplicando a un total de 19 sujetos la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de eximente incompleta, 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.

Por lo que respecta a la atenuante de grave adicción, han sido 14 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 16 sujetos la atenuante por analogía, tanto de alteración psíquica como de toxicomanía, 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.

Cabe señalar que, en ocasiones, a pesar de tener el acusado diagnosticado alguno de los trastornos mentales mencionados, el órgano juzgador no ha apreciado ningún tipo de atenuante, al considerar que su padecimiento no guarda relación alguna con el hecho delictivo cometido. Concretamente, 18 han sido los sujetos a los que no se les ha aplicado atenuante alguna, al encontrarse sus facultades mentales intactas al tiempo de cometer el delito.

Tal y como se ha podido observar en el apartado referente a los resultados, el hecho de tener un mismo trastorno mental no implica que la responsabilidad penal atribuible a cada sujeto deba ser la misma. Por ejemplo, en el presente estudio han sido analizados 22

sujetos con esquizofrenia paranoide, de los cuales 7 han sido absueltos, 10 han sido declarados semi-imputables, 1 ha visto atenuada su condena por su grave adicción, 2 por concurrir en ellos una atenuante analógica de alteración psíquica y 2 han sido declarados imputables, es decir, no se les ha aplicado ningún tipo de atenuación. Exactamente igual ha ocurrido en el resto de casos en los que diferentes sujetos comparten un mismo diagnóstico, pudiendo verse cada uno de ellos sometido a diferente grado de imputabilidad, atendiendo a una exhaustiva evaluación individual. En este sentido, cobra especial importancia la tarea encomendada a los peritos, quienes asumen la responsabilidad de valorar el estado mental en el que se encontraba el sujeto al tiempo de cometer el delito y, en base a la cual, el órgano juzgador tomará una decisión acerca de la imputabilidad del mismo.

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. Además, de la misma manera que ha sucedido en algunos de los casos analizados, puede existir comorbilidad entre diferentes trastornos mentales o con un consumo abusivo de tóxicos, lo que también influye sobre la responsabilidad penal. Como se puede apreciar, no existe un criterio universal y estable que sirva de base para determinar el grado de imputabilidad de un sujeto que ha cometido un delito estando aquejado de un trastorno mental. Es decir, no hay establecido un tratado en virtud del cual determinadas psicopatologías sean directamente inimputables o imputables. Por esta razón, a pesar de tener el mismo diagnóstico, cada caso es distinto a los demás, de modo que resulta imprescindible una valoración individualizada a efectos de determinar la responsabilidad penal (San Juan y Vozmediano, 2018).

A pesar de la inexistencia de un criterio permanente que sirva de base para determinar la imputabilidad y de las diferentes situaciones en las que pueden encontrarse sujetos con un mismo trastorno mental, hay ciertas psicopatologías que con mayor frecuencia conllevan una exención o disminución de la condena, como puede ser el caso de la esquizofrenia paranoide. De hecho, de los sujetos analizados, la absolucón solamente ha correspondido a sujetos con este diagnóstico, siendo también los que con mayor frecuencia han sido declarados semi-imputables. Otras de las psicopatologías que, al igual que la esquizofrenia, han estado muy presentes entre los sujetos analizados han sido los trastornos de la personalidad. En estos casos, se 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). Precisamente, partiendo de esta base, el órgano juzgador ha declarado a casi la mitad de los sujetos con un trastorno de la personalidad imputables, mientras que los casos de eximente incompleta se han visto justificados por la comorbilidad con otras patologías o con el consumo de sustancias tóxicas.

El resto de los trastornos mentales analizados, han estado presentes en una muestra de sujetos muy reducida -discapacidad intelectual (3), deterioro cognitivo (4), trastorno de pedofilia (1), trastorno de adaptación (2), trastorno depresivo (2)-, de modo que no se han podido obtener conclusiones significativas acerca de su incidencia en la responsabilidad penal, siendo esta determinada a partir de la valoración de cada caso.

En definitiva, el órgano juzgador se pronunciará sobre el grado de imputabilidad atribuible a cada sujeto una vez realizada una valoración exhaustiva de cada caso, atendiendo a las circunstancias personales del sujeto y analizando la incidencia del trastorno sobre su voluntad y capacidad de entendimiento.

5. CONCLUSIONES GENERALES

De la realización de este estudio se desprenden una serie de conclusiones dignas de mención:

La enfermedad mental supone una **alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental que conlleva una afectación de procesos psicológicos básicos** como la emoción, la percepción, el pensamiento, la conducta, el aprendizaje, el lenguaje, etcétera., lo que produce malestar en la persona y dificulta su adaptación al espacio socio-cultural en el que vive. Dependiendo de la persona, tal padecimiento se puede manifestar de una manera diferente, teniendo mucha importancia en su evolución el tratamiento. Sus causas pueden ser muy variadas, influyendo en su aparición una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales.

La concepción de enfermedad mental no ha sido constante a lo largo del tiempo e incluso hoy en día dicha concepción difiere de unos lugares a otros. Esto se debe a que conceptos como **salud o enfermedad mental** están contruidos **a partir de las interacciones sociales y evolucionan en función del contexto cultural e histórico**. Como consecuencia, el tratamiento de los enfermos mentales ha experimentado una importante evolución en las últimas épocas, tanto en el ámbito de la psiquiatría como en el jurídico.

Trastornos mentales y conducta violenta

Algo importante que se extrae del análisis es que **la recurrente creencia de que el delito está íntimamente unido a los trastornos mentales es errónea**. Esta creencia ha llevado a la sociedad a tener la concepción de que solo el padecimiento de una enfermedad mental puede justificar actos que no tienen una explicación lógica por la violencia y crueldad que desprenden. Esto se corresponde a lo que se conoce como hipótesis psicopatológica. Además, la evidencia empírica muestra que el enfermo mental entra en conflicto con la ley con mucha menor frecuencia que el resto de la población, siendo la mayoría de los delitos protagonizados por personas que no padecen ningún tipo de enfermedad mental. Por último, cabe destacar que los trastornos mentales que suelen conllevar conductas agresivas y desviadas son muy concretos y estas solo se manifiestan durante periodos de tiempo muy limitados.

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.** Ahora bien, 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, sino que existe un mayor riesgo de que desarrolle este tipo de conductas. 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.

La realidad muestra que entre las psicopatologías que con mayor frecuencia pueden verse involucradas en comportamientos violentos se encuentran las siguientes:

- Por lo que a la **discapacidad intelectual** se refiere, no es muy frecuente que personas con este padecimiento se comporten de forma violenta, pero el riesgo se incrementa cuando existe comorbilidad entre una discapacidad intelectual leve y un abuso de tóxicos o un trastorno de la personalidad. En cualquier caso, cuando surgen este tipo de comportamientos se atribuyen a frustraciones o a deseos primarios por conseguir algo elemental y se caracterizan por ser imprevisibles y poco elaborados.
- Quienes padecen una **demencia** experimentan un deterioro global de sus funciones cognitivas, pudiendo manifestar a su vez alteraciones en la esfera afectiva y conductual, lo que conlleva una pérdida de autonomía y dificultades en la ejecución de actividades cotidianas. Aunque aparentemente sean sujetos incapaces de llevar a cabo conductas violentas, el riesgo se incrementa cuando la demencia se encuentra en una fase inicial, así como cuando existe comorbilidad con otras patologías. Es importante tener en cuenta que más que conductas violentas, son actos impúdicos los que con mayor frecuencia protagonizan estos sujetos.
- La **depresión** es uno de los trastornos más habituales entre la población. Es la principal causa de discapacidad y afecta al doble de mujeres que de hombres. El estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades son algunos de los síntomas que manifiestan estas personas. Lo más frecuente en estos individuos es el suicidio o el daño a sí mismos, no obstante, en los casos más graves pueden llegar a protagonizar un parricidio o un filicidio o incluso un asesinato en masa por desesperación. Son el odio y la venganza los sentimientos que les llevan a causar estas muertes.

- Cuando un sujeto padece un **trastorno disruptivo**, experimenta dificultades para resistir un impulso, una motivación o una tentación de realizar un acto que resulta perjudicial para sí mismo o para los demás. La tensión que el individuo siente antes de realizar la conducta se ve reducida en el momento de llevarla a cabo, experimentando rápidamente placer, gratificación o liberación, sentimientos que se convierten en arrepentimiento o culpa una vez finalizada dicha conducta. Estos sujetos son capaces de conocer y comprender un hecho e incluso de racionalizar su licitud, sin embargo, la tensión que experimentan antes de realizar la conducta se describe como irresistible, lo que provoca que el sujeto no pueda controlar sus acciones y que, por ende, actúe de manera irracional.
- El **espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** es el que más se identifica con el paradigma de la locura, al tratarse de los trastornos mentales 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, al ser el que con mayor frecuencia conlleva actos agresivos, violentos y delictivos. La característica principal de este subtipo es el predominio de delirios y alucinaciones, así como la conservación del rendimiento intelectual y de la lógica por los temas cotidianos. La mayoría de los actos violentos que llevan a cabo estos sujetos se atribuyen a la presencia de síntomas positivos, como pueden ser los delirios de persecución o las alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas, que son susceptibles de provocar en el sujeto un estado de descontrol al ser percibidos como reales. Estos sujetos actúan motivados por imperiosas fuerzas internas que son experimentadas como irresistibles y que provocan conductas extremadamente violentas y peligrosas. El mayor riesgo de conductas violentas se puede alcanzar por varios motivos, entre los que se encuentran el rechazo o abandono del tratamiento prescrito, la posible historia de violencia previa o de victimización, el aislamiento familiar y social como consecuencia de la estigmatización y 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. Otro de los trastornos que guardan una estrecha relación con las conductas delictivas es el trastorno delirante. Este se diferencia de la esquizofrenia en que el sujeto que lo padece presenta delirios

conservando el resto de su personalidad y sin un curso evolutivo deteriorante, tratándose, además, de delirios que no resultan necesariamente extravagantes, de modo que pueden ser concebidos como reales y posibles en la vida cotidiana.

- Los **trastornos relacionados con sustancias** se caracterizan por la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos. Se trata de trastornos que conllevan un cambio en los circuitos cerebrales del sujeto que persisten tras el periodo de desintoxicación, lo que provoca que las recaídas y el deseo irresistible de consumir sean habituales. El consumo de sustancias se encuentra estrechamente relacionado con la delincuencia violenta, especialmente cuando dicho consumo va acompañado de múltiples factores personales, familiares, sociales y situacionales potenciadores de este tipo de comportamientos. Concretamente, son delitos englobados dentro de la delincuencia funcional -delitos cometidos con el propósito de procurarse la droga requerida- e inducida -delitos cometidos bajos los efectos de una intoxicación- los que con mayor frecuencia protagonizan estos sujetos. También existen los llamados trastornos no relacionados con sustancias, que aluden a las dependencias sin sustancia o dependencias psicológicas (juego patológico, adicción al sexo, a las compras o a internet, dependencias relacionales y dependencia al móvil). Estas dependencias hacen referencia a determinadas conductas que terminan siendo adictivas, produciendo malestar psicológico en el individuo y perturbando gravemente su calidad de vida.
- 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. Existen distintos grupos integrados bajo el de “Trastornos de Personalidad”, haciendo alusión cada uno de ellos a diferentes trastornos en función de las áreas que pueden verse dañadas en los sujetos que los padecen. Estos trastornos constituyen un riesgo clínico significativo para las conductas violentas, específicamente, el grupo B (trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista) es el que está más vinculado a la violencia y a la consiguiente conducta criminal, siendo también los sujetos que pertenecen a este grupo los que más se relacionan con el consumo de tóxicos que actúa como desencadenante de este tipo de actos. Dentro de este grupo, uno de los

trastornos que ha adquirido un mayor interés jurídico y forense por su estrecha similitud con la psicopatía y con la conducta violenta es el trastorno antisocial de la personalidad. Se trata de dos trastornos de la personalidad que se caracterizan por la tendencia a transgredir las normas y las expectativas sociales, por lo que su relación con la conducta delictiva resulta evidente. La principal diferencia entre estos dos trastornos 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.

Siendo estos los trastornos mentales más propensos a desarrollar conductas violentas en los sujetos que los padecen, de la revisión realizada de las sentencias se ha concluido que, 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.**

Comorbilidad: gran influencia en el desarrollo de conductas violentas

Entre los factores que pueden influir en el **desarrollo del comportamiento violento, juega un papel fundamental la comorbilidad con otros diagnósticos o con el consumo de sustancias tóxicas.** De hecho, el consumo de alcohol y drogas se ha convertido en uno de los predictores de violencia más consistentes entre los sujetos con trastornos mentales. Esta realidad se ha visto reflejada en el presente estudio, en el que más de la mitad de los sujetos analizados han manifestado un consumo abusivo de alcohol y drogas. También ha resultado relevante el hecho de que gran parte de los consumidores hayan presentado una ingesta conjunta de tóxicos, predominando la combinación de alcohol, cannabis y cocaína. Por otro lado, también adquiere interés la comorbilidad que se ha producido entre diferentes trastornos mentales, específicamente, entre la esquizofrenia paranoide, la discapacidad intelectual, los trastornos de la personalidad y los trastornos depresivos.

Tipología delictiva en función del trastorno mental

Los delitos que han predominado en este estudio han sido los correspondientes al homicidio y sus formas, además de los que atentan contra la salud pública, constituyendo más de la mitad de los hechos delictivos cometidos. Una realidad digna de mencionar es que la mayoría de los delitos de homicidio y sus formas han sido protagonizados por sujetos con esquizofrenia paranoide o con un trastorno de la personalidad. Entre ellos, destacan los delitos llevados a cabo por los sujetos con esquizofrenia, caracterizados por una violencia inusitada y por el predominio de asesinatos. No hay que olvidar 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. También resulta significativo el número de delitos contra la salud pública que se han llevado a cabo, siendo sus protagonistas sujetos con problemas con el consumo de tóxicos (presentando en su mayoría una adicción), que se han implicado en este tipo de actos con la finalidad de procurarse la sustancia requerida.

Trastornos mentales y responsabilidad penal

La responsabilidad penal de estos sujetos se valora atendiendo al **sistema biológico-psicológico o mixto** que rige en el Derecho Penal español. Partiendo de esta base, el órgano juzgador valora la imputabilidad atendiendo no solo al origen de la alteración mental (criterio biológico), sino también al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas (criterio psicológico). En definitiva, la imputabilidad se determina en función del estado en el que se encuentra el sujeto al tiempo de cometer la conducta delictiva, debiendo tener en cuenta no solo el origen de su trastorno o anomalía crónica, sino también cómo ese padecimiento interfiere en su conducta y en su vida cotidiana.

Es importante recalcar que, de todos los sujetos analizados en el estudio, **la absolución de la condena ha correspondido a individuos con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide**, al considerar que se hallaban bajo los efectos de un brote psicótico al tiempo de cometer el delito. También han sido los sujetos que en mayor medida han sido declarados semi-imputables y que, por ende, han visto reducida su condena al no

encontrarse en plenas condiciones en el momento de la ejecución de los hechos. Por el contrario, **la reducción de la condena no ha sido tan frecuente en sujetos con un trastorno de la personalidad.** De hecho, el órgano juzgador ha declarado a casi la mitad de estos sujetos como imputables, mientras que los pocos casos de eximente incompleta han sido justificados por la comorbilidad con otras patologías o con el consumo de sustancias tóxicas.

Es cierto que existen determinados diagnósticos -esquizofrenia paranoide- que son más propensos a extinguir o reducir la responsabilidad penal de quienes los padecen por su incidencia sobre su estado mental, así como diagnósticos que suelen conllevar la imputabilidad total del sujeto por no afectar en absoluto a sus facultades -trastornos de la personalidad-. A pesar de esta evidencia, cobra especial importancia **la inexistencia de un criterio universal y estable que sirva de base para determinar el grado de imputabilidad**, en virtud del cual determinadas patologías sean directamente inimputables o imputables. Con esto se quiere subrayar la idea de que, aunque haya varios sujetos diagnosticados de un mismo trastorno mental, el estado en el que se pueden encontrar en el momento de la comisión de los hechos delictivos puede ser muy diferente, lo que va a conllevar diferentes grados de imputabilidad, tal y como se ha podido apreciar en el presente estudio. La gran variedad de supuestos (todos ellos diferentes) que pueden verse involucrados en un proceso penal es lo que justifica la necesidad de realizar una valoración individualizada de cada caso a efectos de determinar la responsabilidad penal.

Otro aspecto que **adquiere gran importancia en la valoración de la imputabilidad es la tarea encomendada a los peritos**, quienes asumen la responsabilidad de valorar el estado en el que se encontraba el sujeto acusado al tiempo de cometer el delito, emitiendo el correspondiente informe pericial que deberá ser ponderado de forma racional y motivado por el órgano jurisdiccional. Es especialmente relevante que la prueba pericial sea realizada inmediatamente después de la comisión de los hechos, ya que es el mejor momento para determinar el estado en el que se encuentran las capacidades mentales del sujeto. Sin embargo, esto no siempre se cumple, siendo uno de los inconvenientes más frecuentes a la hora de determinar el estado mental exacto del individuo. Igualmente, es muy importante que el perito que haya elaborado el informe acuda al juicio oral para exponerlo, dado que, si no comparece y se persona otro defendiendo una idea contraria, este último va a tener prominencia sobre el anterior.

En definitiva, a pesar de la función primordial que asumen los peritos, **quien tiene potestad para pronunciarse sobre la imputabilidad de un sujeto es el órgano juzgador**, que adoptará una decisión una vez valoradas todas las pruebas recabadas sobre el mismo, atendiendo a sus circunstancias personales y a la incidencia del trastorno sobre su voluntad y capacidad de entendimiento, es decir, tras realizar una evaluación exhaustiva de cada caso.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/>
- AL-FAWAL PORTAL, M. (2013). *Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal y enfermedad mental* (27-204). Barcelona: JM BOSCH.
- CAMPOS, R. (2013). La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la psiquiatría y la criminología. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 65(2), 1-17. Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/561/608>
- CARRASCO GOMEZ, J.J. y MAZA MARTIN, J.M. (2010). *Tratado de Psiquiatría Legal y Forense* (257-1.766). Madrid: LA LEY.
- ECHEBURÚA, E. (2018). *Violencia y trastornos mentales* (27-104). Madrid: Ediciones Pirámide.
- 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. y ECHEBURÚA, E. (2016a). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Revista de adicciones*, 28(1), 48-56.
- ESBEC, E. y ECHEBURÚA, E. (2016b). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70-79. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016000027>
- FUENTES IGLESIAS, C. (2012). Enfermedad mental y delito. *Derecho y salud mental: la psiquiatría ante el ordenamiento jurídico* (127-133). Madrid: Arán.
- GARRIDO GENOVÉS, V. (2003a). Presentando al camaleón/psicópata. *El psicópata: un camaleón en la sociedad actual* (9-23). Valencia: Algar.
- GARRIDO GENOVÉS, V. (2003b). Los delincuentes con trastornos mentales graves. *Psicópatas y otros delincuentes violentos* (161-201). Valencia: Tirant lo blanch.

- GARRIDO GENOVÉS, V. (2008). Psicopatía, otros trastornos de personalidad, abuso de sustancias y violencia. *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada*, (1), 1-13.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 471-478. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352009000200012&script=sci_arttext&tlng=en
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J. (1994). La locura como evidencia. *La imputabilidad en el Derecho Penal español. Imputabilidad y locura en la España del siglo XIX* (7-65). Granada: Comares.
- LEGANÉS GÓMEZ, S. (2010). Enfermedad mental y delito (perspectiva jurídica y criminológica). *Revista de derecho penal, procesal y penitenciario*, (76), 1-32.
- LÓPEZ MIGUEL, M.J. y NÚÑEZ GAITÁN, M.C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica (REIC)*, 7(1), 1-17.
- MAYORAL JARAMILLO, A., PEÑA SÁNCHEZ, L., LLOVERAS DELGADO, A., COLLADO SÁNCHEZ, A. y SÁNCHEZ RAMÓN, D. (2016). Repercusiones de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 16(1), 62-79.
- MARTÍNEZ GARAY, L. (2005). Concepto y naturaleza jurídica de la imputabilidad. *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos* (25-127). Valencia: Tirant lo blanch.
- MUÑOZ CONDE, F. y GARCÍA ARÁN, M. (2015). *Derecho Penal. Parte General*, (54-390). Valencia: Tirant lo blanch.
- MUÑOZ SÁNCHEZ, J. (2014). Responsabilidad penal del drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 16(03), 1-27.
- PILEÑO MARTINEZ, E., MORILLO RODRIGUEZ J., SALVADORES FUENTES, P. y NOGALES ESPERT, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 7(13), 29-35.

- SÁNCHEZ, A., VAZQUEZ, A. y ROMERO, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En Caballo, V.E., Salazar, I. C., y Carrobes, J.A. (2ª ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (92-113). Madrid: Pirámide.
- SÁNCHEZ GUTIERREZ, A. (2000). Responsabilidad, Ley, Salud Mental. Reflexiones en torno al nuevo Código Penal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 109-126.
- SAN JUAN, C. y VOZMEDIANO, L. (2018). Psicopatología y criminalidad. *Psicología Criminal* (145-174). Madrid: Síntesis.
- STUCCHI-PORTOCARRERO, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de neuro-psiquiatría*, 76(4), 218-223. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/3720/372036946005/>
- TAPIA BALLESTEROS, P. (2014). Las medidas de seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas. *Revista Jurídica de Castilla y León*, (32), 1-21.
- TEJERO ACEVEDO, R., GONZÁLEZ LOZANO, P. y FERNÁNDEZ GUINEA, S. (2003). Repercusiones forenses de las demencias en la jurisdicción penal. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(3), 85-110.
- TRABAZO ARIAS, V. Y AZOR LAFARGA, F. (2009). La pedofilia: un problema clínico, legal y social. *Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 195-219.
- VALENCIA COLLAZOS, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Revista Salud Mental*, 30(2), 75-80. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1162
- VAZQUEZ MEZQUITA, B. (2005). Trastornos Mentales y Responsabilidad. *Manual de Psicología Forense* (219-239). Valencia: Síntesis.

Legislación consultada:

- Ley de 8 de junio de 1822, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 9 de julio de 1822.
- Ley de 13 de septiembre de 1928, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 1 de enero de 1929.
- Ley de 17 de junio de 1870, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 24 de junio de 1870.
- Ley de 19 de marzo de 1848, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 1 de julio de 1848.

Ley de 27 de octubre de 1932, del Código Penal Español. BOE, Madrid, de 5 de noviembre de 1932.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, Madrid, de 23 de noviembre de 1995.

Otras fuentes de documentación:

CANO LOZANO, M. C. (21 de septiembre de 2005). *Trastornos mentales y responsabilidad penal*. Recuperado el 15 de enero de 2019: <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>

DICCIONARIO CRÍTICO DE CIENCIAS SOCIALES. (10 de octubre de 2010). *Salud mental*. Recuperado el 31 de enero de 2019: https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm

MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH (MFMER). (24 de enero de 2019). *Terapia electroconvulsiva*. Recuperado el 5 de febrero de 2019: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/electroconvulsive-therapy/about/pac-20393894>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017a). *Salud mental*. Recuperado el 13 de enero de 2019: https://www.who.int/topics/mental_health/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017b). *Trastornos mentales*. Recuperado el 13 de enero de 2019: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

PSIQUIATRÍA NET. (3 de noviembre de 2009). *Los enfermos mentales en la edad media*. Recuperado el 30 de enero de 2019: <https://psiquiatrianet.wordpress.com/2009/11/03/los-enfermos-mentales-en-la-edad-media/>

SAPIÑA LÓPEZ, T. (18 de junio de 2015). *PCL-R (Escala de verificación de psicopatía)*. Recuperado el 5 de marzo de 2019, de Crimipedia: <http://crimina.es/crimipedia/topics/pcl-r-escala-de-verificacion-de-psicopatia/>

VILLEN, J. A. (13 de enero de 2016). *Última revisión del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría*. Recuperado el 10 de febrero de 2019, de Elsevier: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/Ultima-revision-del-dsm-de-la-asociacion-americana-de-psiquiatria>

7. ANEXOS

ANEXO I

Listado de Sentencias Repertorio Jurisprudencial Cendoj:

SENTENCIAS	Nº ROJ	ID CENDOJ
1	SAP BI 2205/2010	48020370062010100185
2	SAP BI 3198/2010	48020370062010100733
3	SAP BI 1063/2011	48020381002011100001
4	SAP BI 2700/2011	48020370062011100531
5	SAP BI 2701/2011	48020370062011100532
6	SAP BI 3261/2012	48020370062012100495
7	SAP BI 3373/2012	48020370062012100601
8	SAP BI 1376/2013	48020370062013100357
9	SAP BI 1895/2013	48020370022013100438
10	SAP BI 1896/2013	48020370022013100439
11	SAP BI 2379/2013	48020370062013100520
12	SAP BI 2384/2013	48020370062013100524
13	SAP BI 2598/2013	48020370062013100534
14	SAP BI 2604/2013	48020370062013100538
15	SAP BI 2639/2013	48020381002013100003
16	SAP BI 2724/2013	48020370062013100604
17	SAP BI 2804/2013	48020370012013100438
18	SAP BI 2806/2013	48020370012013100440
19	SAP BI 2808/2013	48020370012013100442
20	SAP BI 101/2014	48020381002014100001
21	SAP BI 1701/2014	48020370022014100334
22	SAP BI 1891/2014	48020381002014100005
23	SAP BI 2308/2014	48020370022014100497
24	SAP BI 2682/2014	48020370062014100605
25	SAP BI 341/2015	48020370022015100051
26	SAP BI 391/2015	48020370012015100101
27	SAP BI 526/2015	48020370062015100139
28	SAP BI 852/2015	48020370022015100106

29	SAP BI 1216/2015	48020370022015100182
30	SAP BI 1163/2015	48020370022015100174
31	SAP BI 2274/2015	48020381002015100007
32	SAP BI 42/2016	48020370012016100022
33	SAP BI 210/2016	48020370012016100073
34	SAP BI 2002/2016	48020370062016100365
35	SAP BI 2374/2016	48020381002016100006
36	SAP BI 47/2017	48020370012017100016
37	SAP BI 375/2017	48020370062017100056
38	SAP BI 1213/2017	48020370062017100204
39	SAP BI 1701/2017	48020370022017100255
40	SAP BI 2054/2017	48020370022017100311
41	SAP BI 2421/2017	48020381002017100004
42	SAP BI 468/2018	48020370062018100091
43	SAP BI 769/2018	48020370012018100159
44	SAP BI 1252/2018	48020370012018100225
45	SAP BI 1764/2018	48020370012018100313
46	SAP SS 780/2010	20069370012010100429
47	SAP SS 1398/2011	20069370012011100440
48	SAP SS 1458/2011	20069370012011100476
49	SAP SS 95/2012	20069381002012100001
50	SAP SS 1541/2012	20069381002012100004
51	SAP SS 1536/2012	20069370012012100505
52	SAP SS 1544/2012	20069370012012100512
53	SAP SS 897/2013	20069381002013100004
54	SAP SS 203/2015	20069370012015100077
55	SAP SS 376/2016	20069370012016100108
56	SAP SS 377/2016	20069370012016100109
57	SAP SS 903/2016	20069370012016100198
58	SAP SS 1036/2016	20069370012016100244
59	SAP SS 617/2016	20069370012016100140
60	SAP SS 898/2016	20069370012016100194
61	SAP SS 209/2017	20069381002017100001
62	SAP SS 776/2017	20069370012017100224
63	SAP SS 785/2017	20069370012017100233

64	SAP SS 354/2018	20069370012018100071
65	SAP SS 390/2018	20069370012018100086
66	SAP SS 543/2018	20069370012018100114
67	SAP VI 806/2013	01059370022013100387
68	SAP VI 376/2014	01059370022014100199
69	SAP VI 409/2014	01059370022014100232
70	SAP VI 682/2015	01059370022015100318
71	SAP VI 815/2017	01059370022017100306
72	SJP 17/2018	01059510012018100002
73	SJVM BI 191/2013	48020480012013100060

8. INFORME EJECUTIVO

Este trabajo ha puesto su foco de atención en la responsabilidad penal que se les atribuye a aquellas personas que padecen un trastorno mental y, como consecuencia del mismo, han cometido un acto delictivo. Es preceptivo en estos casos evaluar las competencias intelectivas y volitivas del afectado en el momento de los hechos. También ha sido motivo de interés la naturaleza de la valoración de imputabilidad de personas que, sin padecer un trastorno mental crónico, cometen un delito estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas, pudiendo tener una grave adicción a las mismas. Para ello, se han analizado los argumentos aportados por el órgano juzgador a la hora de pronunciarse sobre el grado de imputabilidad que corresponde a estos sujetos. Este estudio se ha llevado a cabo a través de la revisión de un total de 73 sentencias comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2018, todas ellas dictadas por el correspondiente órgano juzgador en el País Vasco.

A partir de este conjunto de sentencias, se van a identificar las psicopatologías que con mayor frecuencia están relacionadas con la violencia y, en consecuencia, con la comisión de conductas delictivas. También se van a analizar las alteraciones psicológicas que normalmente conllevan exención o disminución de la responsabilidad penal, así como aquellas que no suponen la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad. En función de la plenitud o limitación de las capacidades mentales del sujeto 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.

Este trabajo ha recogido un análisis detallado de aquellos trastornos mentales que, por su naturaleza y evolución, guardan una estrecha relación con la conducta violenta, así como de aquellos factores que pueden incrementar el riesgo de que estas personas adopten este tipo de comportamientos. Igualmente, se ha tratado de aportar una visión general del tratamiento que han recibido los enfermos mentales a lo largo de la historia, incluyendo la evolución que se ha experimentado al respecto. También se ha estudiado minuciosamente la regulación del vigente Código Penal en materia de responsabilidad criminal, explicando con claridad los diferentes grados de imputabilidad que pueden

contemplarse, las circunstancias que los motivan y las consecuencias que pueden acarrear. Del mismo modo, se ha analizado la evolución que han manifestado los preceptos de los diferentes textos penales españoles a lo largo de la historia en la materia objeto de estudio.

Lo que se pretende es obtener una visión de estos diagnósticos desde el ámbito de la psiquiatría, incluyendo sus características diferenciales, sus principales síntomas y sus repercusiones en la vida cotidiana, así como desde el ámbito del derecho, analizando la forma en la que sujetos con un trastorno mental que han cometido un delito se ven sometidos al mismo. En definitiva, se tratan de abordar los diferentes trastornos mentales que pueden verse involucrados en conductas violentas y sus implicaciones en el ámbito forense.

CONCLUSIONES GENERALES

La enfermedad mental supone una **alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental que conlleva una afectación de procesos psicológicos básicos** (emoción, percepción, conducta, pensamiento, aprendizaje, lenguaje...), lo que produce malestar en la persona y dificulta su adaptación al espacio socio-cultural en el que vive. Sus causas pueden ser muy variadas, influyendo en su aparición una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales.

La concepción de enfermedad mental está **construida a partir de las interacciones sociales y evoluciona en función del contexto cultural e histórico**. Como consecuencia, esta concepción no ha sido constante a lo largo del tiempo e incluso hoy en día difiere de unos lugares a otros.

La recurrente creencia de que el delito está íntimamente unido a los trastornos mentales es errónea. De hecho, la evidencia empírica ha puesto de manifiesto que el enfermo mental entra en conflicto con la ley con mucha menor frecuencia que el resto de la población, siendo la mayoría de los delitos protagonizados por personas que no padecen ningún tipo de enfermedad 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.** Ahora bien, 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, sino que existe un mayor riesgo de que desarrolle este tipo de conductas. 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.

La realidad muestra que entre las psicopatologías que con mayor frecuencia pueden verse involucradas en comportamientos violentos se encuentran las siguientes:

Por lo que a la **discapacidad intelectual** se refiere, no es muy frecuente que personas con este padecimiento se comporten de forma violenta, pero el riesgo se incrementa cuando existe comorbilidad entre una discapacidad intelectual leve y un abuso de tóxicos o un trastorno de la personalidad. En cualquier caso, cuando surgen este tipo de comportamientos se atribuyen a frustraciones o a deseos primarios por conseguir algo elemental y se caracterizan por ser imprevisibles y poco elaborados.

Quienes padecen una **demencia** experimentan un deterioro global de sus funciones cognitivas, pudiendo manifestar a su vez alteraciones en la esfera afectiva y conductual, lo que conlleva una pérdida de autonomía y dificultades en la ejecución de actividades cotidianas. Aunque aparentemente sean sujetos incapaces de llevar a cabo conductas violentas, el riesgo se incrementa cuando la demencia se encuentra en una fase inicial, así como cuando existe comorbilidad con otras patologías. Es importante tener en cuenta que más que conductas violentas, son actos impúdicos los que con mayor frecuencia protagonizan estos sujetos.

La **depresión** es uno de los trastornos más habituales entre la población. Es la principal causa de discapacidad y afecta al doble de mujeres que de hombres. El estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades son algunos de los síntomas que manifiestan estas personas. Lo más frecuente en estos individuos es el suicidio o el daño a sí mismos, no obstante, en los casos más graves pueden llegar a protagonizar un parricidio o un filicidio o incluso un asesinato en masa por desesperación. Son el odio y la venganza los sentimientos que les llevan a causar estas muertes.

Cuando un sujeto padece un **trastorno disruptivo**, experimenta dificultades para resistir un impulso, una motivación o una tentación de realizar un acto que resulta perjudicial para sí mismo o para los demás. La tensión que el individuo siente antes de realizar la conducta se ve reducida en el momento de llevarla a cabo, experimentando rápidamente placer, gratificación o liberación, sentimientos que se convierten en arrepentimiento o culpa una vez finalizada dicha conducta. Estos sujetos son capaces de conocer y comprender un hecho e incluso de racionalizar su licitud, sin embargo, la tensión que experimentan antes de realizar la conducta se describe como irresistible, lo que provoca que el sujeto no pueda controlar sus acciones y que, por ende, actúe de manera irracional.

El **espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** es el que más se identifica con el paradigma de la locura, al tratarse de los trastornos mentales 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, al ser el que con mayor frecuencia conlleva actos agresivos, violentos y delictivos como consecuencia de sus manifestaciones psicopatológicas. La característica principal de este subtipo es el predominio de delirios y alucinaciones, así como la conservación del rendimiento intelectual y de la lógica por los temas cotidianos. La mayoría de los actos violentos que llevan a cabo estos sujetos se atribuyen a la presencia de síntomas positivos, como pueden ser los delirios de persecución o las alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas, que son susceptibles de provocar en el sujeto un estado de descontrol al ser percibidos como reales. Estos sujetos actúan motivados por imperiosas fuerzas internas que son experimentadas como irresistibles y que provocan conductas extremadamente violentas y peligrosas. El mayor riesgo de conductas violentas se puede alcanzar por varios motivos, entre los que se encuentran el rechazo o abandono del tratamiento prescrito, la posible historia de violencia previa o de victimización, el aislamiento familiar y social como consecuencia de la estigmatización y 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. Otro de los trastornos que guardan una estrecha relación con las conductas delictivas es el trastorno delirante. Este se diferencia de la esquizofrenia en que el sujeto que lo padece presenta delirios conservando el resto de su personalidad y sin un curso evolutivo deteriorante, tratándose, además, de

delirios que no resultan necesariamente extravagantes, de modo que pueden ser concebidos como reales y posibles en la vida cotidiana.

Los **trastornos relacionados con sustancias** se caracterizan por la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos. Se trata de trastornos que conllevan un cambio en los circuitos cerebrales del sujeto que persisten tras el periodo de desintoxicación, lo que provoca que las recaídas y el deseo irresistible de consumir sean habituales. El consumo de sustancias se encuentra estrechamente relacionado con la delincuencia violenta, especialmente cuando dicho consumo va acompañado de múltiples factores personales, familiares, sociales y situacionales potenciadores de este tipo de comportamientos. Concretamente, son delitos englobados dentro de la delincuencia funcional -delitos cometidos con el propósito de procurarse la droga requerida- e inducida -delitos cometidos bajos los efectos de una intoxicación- los que con mayor frecuencia protagonizan estos sujetos. También existen los llamados trastornos no relacionados con sustancias, que aluden a las dependencias sin sustancia o dependencias psicológicas (juego patológico, adicción al sexo, a las compras o a internet, dependencias relacionales y dependencia al móvil). Estas dependencias hacen referencia a determinadas conductas que terminan siendo adictivas, produciendo malestar psicológico en el individuo y perturbando gravemente su calidad de vida.

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. Existen distintos grupos integrados bajo el de “Trastornos de Personalidad”, haciendo alusión cada uno de ellos a diferentes trastornos en función de las áreas que pueden verse dañadas en los sujetos que los padecen. Estos trastornos constituyen un riesgo clínico significativo para las conductas violentas, específicamente, el grupo B (trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista) es el que está más vinculado a la violencia y a la consiguiente conducta criminal, siendo también los sujetos que pertenecen a este grupo los que más se relacionan con el consumo de tóxicos que actúa como desencadenante de este tipo de actos. Dentro de este grupo, uno de los trastornos que ha adquirido un mayor interés jurídico y forense por su estrecha similitud con la psicopatía y con la conducta violenta es el trastorno antisocial de la personalidad.

Se trata de dos trastornos de la personalidad que se caracterizan por la tendencia a transgredir las normas y las expectativas sociales, por lo que su relación con la conducta delictiva resulta evidente. La diferencia principal entre estos dos trastornos 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.

Siendo estos los trastornos mentales más propensos a desarrollar conductas violentas en los sujetos que los padecen, de la revisión realizada de las sentencias se ha concluido que 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.**

Entre los factores que pueden influir en el desarrollo del comportamiento violento, juega un papel fundamental **la comorbilidad con otros diagnósticos o con el consumo de sustancias tóxicas.** De hecho, el consumo de alcohol y drogas se ha convertido en uno de los predictores de violencia más consistentes entre los sujetos con trastornos mentales. Esta realidad se ha visto reflejada en el presente estudio, en el que más de la mitad de los sujetos analizados han manifestado un consumo abusivo de alcohol y drogas. Por otro lado, también adquiere interés la comorbilidad que se ha producido entre diferentes trastornos mentales, específicamente, entre la esquizofrenia paranoide, la discapacidad intelectual, los trastornos de la personalidad y los trastornos depresivos.

Los delitos que han predominado en este estudio han sido los correspondientes al homicidio y sus formas, además de los que atentan contra la salud pública, constituyendo más de la mitad de los hechos delictivos cometidos. Una realidad digna de mencionar es que la mayoría de los delitos de homicidio y sus formas han sido protagonizados por sujetos con esquizofrenia paranoide o con un trastorno de la personalidad. Entre ellos, destacan los delitos llevados a cabo por los sujetos con esquizofrenia, caracterizados por una violencia inusitada y por el predominio de asesinatos. También resulta significativo el número de delitos contra la salud pública que se han llevado a cabo, siendo sus protagonistas sujetos con problemas con el consumo de

tóxicos (presentando en su mayoría una adicción), que se han implicado en este tipo de actos con la finalidad de procurarse la sustancia requerida.

La responsabilidad penal de estos sujetos se valora atendiendo al sistema biológico-psicológico o mixto que rige en el Derecho Penal español. Partiendo de esta base, el órgano juzgador valora la imputabilidad atendiendo no solo al origen de la alteración mental, sino también al efecto que tal alteración produce sobre sus facultades intelectivas y volitivas.

Del estudio realizado, cabe destacar que **la absolución de la condena solo ha correspondido a individuos con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide**, siendo también los que en mayor medida han sido declarados semi-imputables. Por el contrario, **la reducción de la condena no ha sido tan frecuente en sujetos con un trastorno de la personalidad**. De hecho, el órgano juzgador ha declarado a casi la mitad de estos sujetos como imputables, mientras que los pocos casos de eximente incompleta han sido justificados por la comorbilidad con otras patologías o con el consumo de sustancias tóxicas.

Cobra especial importancia **la inexistencia de un criterio universal y estable que sirva de base para determinar el grado de imputabilidad**, en virtud del cual determinadas patologías sean directamente inimputables o imputables. Resulta imprescindible recalcar la idea de que, aunque varios sujetos compartan un mismo trastorno mental, el estado en el que sus capacidades mentales pueden encontrarse al tiempo de cometer el delito puede ser muy diferente, lo que va a conllevar diferentes grados de imputabilidad. Por este motivo, adquiere mucha importancia la necesidad de realizar una valoración individualizada de cada caso a efectos de determinar la responsabilidad penal.

En la valoración de la imputabilidad **obtiene una especial importancia la tarea encomendada a los peritos**, quienes asumen la responsabilidad de evaluar el estado en el que se encontraba el sujeto acusado al tiempo de cometer el delito. Resulta imprescindible que esta prueba se realice inmediatamente después de la comisión de los hechos, ya que es el mejor momento para determinar el estado de las capacidades mentales del acusado. Igualmente, es muy importante que el perito que haya elaborado el

informe acuda al juicio oral para exponerlo, dado que si no comparece y se persona otro defendiendo una idea contraria, este último va a tener prominencia sobre el anterior.

En definitiva, a pesar de la función primordial que asumen los peritos, **quien tiene potestad para pronunciarse sobre la imputabilidad de un sujeto es el órgano juzgador**, que adoptará una decisión una vez valoradas todas las pruebas recabadas sobre el mismo, atendiendo a sus circunstancias personales y a la incidencia del trastorno sobre su voluntad y capacidad de entendimiento, es decir, tras realizar una evaluación exhaustiva de cada caso.

ÁMBITOS DE MEJORA

En cuanto a los ámbitos de mejora, considero que adquiere una gran relevancia la concienciación y la educación de la sociedad en materia de trastornos mentales. Es muy importante que se elimine el estigma que existe sobre las personas que padecen una enfermedad mental. La recurrente creencia de que todas las personas afectadas son violentas y peligrosas y que no pueden llevar una vida normal es errónea y, sin embargo, sigue estando muy presente en la sociedad. Como consecuencia, es habitual que estos sujetos se sientan aislados e incapaces de integrarse en el ámbito social. Por este motivo, adquiere un carácter primordial el hecho de acabar con esta visión que se tiene de los enfermos mentales, así como con la variedad de etiquetas nocivas que se les atribuyen por su padecimiento.

Otra cuestión que debería cambiar es el hecho de que, siendo los órganos jurisdiccionales los que deciden sobre el grado de imputabilidad atribuible a estos sujetos, no tengan conocimientos sobre los trastornos mentales y su posible incidencia en la conducta de los afectados. Es decir, considero importante que, siendo tal la responsabilidad que asumen estos órganos, adquieran conocimientos sobre esta materia. Su decisión es determinante para el sujeto acusado, de modo que sería adecuado que dicho pronunciamiento, además de fundamentarse en la prueba pericial, se basara en su propio entendimiento. Esto adquiere una especial importancia cuando en el juicio oral se han personado varios peritos exponiendo una idea contraria, siendo el órgano juzgador quien debe decidir cuál de las diversas versiones es la correcta. En estos casos, considero que es sustancial que el órgano juzgador tenga formación en esta materia para fundamentar su decisión en su sabiduría.

POSIBLES AGENTES SOCIALES, PÚBLICOS Y PRIVADOS INTERESADOS EN LA LECTURA DEL PRESENTE TRABAJO

Este estudio aborda una realidad que, a pesar de no ser muy frecuente, cuando ocurre se ven implicadas muchas personas, entre ellas, los pacientes psiquiátricos y sus familiares, los psicólogos, los psiquiatras y los juristas. Por esta razón, el presente trabajo podría ser motivo de interés para muchos sectores de la sociedad. Entre los principales agentes que podrían estar interesados en conocer este estudio se encuentran los profesionales que trabajan en el ámbito jurídico, concretamente, los jueces, fiscales y letrados. De hecho, sería interesante que los juristas, dada la importante labor que asumen de pronunciarse sobre la imputabilidad del acusado, adquirieran conocimientos sobre esta materia o que, al menos, se familiarizaran con ciertos conceptos del ámbito de la psiquiatría que resultan determinantes a la hora de tratar enfermedades mentales. Dentro del ámbito jurídico, también podría resultar interesante para los individuos que integran los equipos psicosociales de los juzgados, que son los encargados de valorar el estado mental de los sujetos acusados cuando el órgano juzgador así lo solicita. Por lo que respecta al sector privado, podría adquirir relevancia para los psiquiatras y psicólogos que trabajan en el ámbito forense. Este estudio también podría ser de interés en el ámbito académico, tanto para profesores como para alumnos de diversas disciplinas, como pueden ser el derecho, la psicología, la medicina y la criminología. Igualmente, los propios pacientes psiquiátricos podrían estar interesados en la lectura de este trabajo, para conocer las consecuencias negativas que pueden derivarse de la interrupción o abandono del tratamiento prescrito, así como del consumo abusivo de sustancias tóxicas. Finalmente, considero que podría ser de interés para toda la sociedad en general. Como bien se ha señalado en el trabajo, la creencia de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con el delito es errónea y, sin embargo, está muy arraigada en las personas. Este estudio podría servir para desmontar esta creencia tan extendida y para familiarizar a las personas con un tema sobre el que hoy en día sigue existiendo mucho desconocimiento: la enfermedad mental.