

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Máster Universitario en Psicología del Trabajo y las
Organizaciones, Psicología Jurídico-Forense y de la Intervención Social**



**Evaluación psicológico forense de la responsabilidad criminal. Un
estudio de caso.**

Trabajo Fin de Máster
Curso académico: 2015-2016
AUTOR: Aitor López Sánchez

DIRECTOR: Dr. Ramón Arce Fernández

Santiago de Compostela, 14 de julio de 2016

El director Ramón Arce Fernández, Catedrático de Universidad de la Universidad de Santiago de Compostela, y profesor del Máster Universitario en Psicología del Trabajo y las Organizaciones, Psicología Jurídico-Forense y de la Intervención Social (PTOJFIS) de la Universidad de Santiago de Compostela,

INFORMA favorablemente sobre el Trabajo Fin de Máster “Evaluación psicológico forense de la responsabilidad criminal. Un estudio de caso” realizado por el alumno Aitor López Sánchez en el marco del citado Máster Universitario en PTOJFIS (curso 2015-2016), y hace constar que reúne todos los requisitos y condiciones para su presentación y defensa pública.

Y para que así conste, firmo el presente documento

En Santiago de Compostela a 14 de Julio de 2016

Dr. Ramón Arce Fernández

Aitor López Sánchez

Director

Alumno

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
PARTE TEÓRICA.....	6
1.Introducción.....	7
1.1.Del Derecho y la Psicología.....	7
1.2.Un breve recorrido histórico: la Psicología Forense y el enajenado no responsable.....	9
2. Teoría Jurídica del Delito.....	18
2.1. El injusto y la injuricidad penal: el delito y causas modificativas de la pena.....	18
2.2. La Imputabilidad, la Culpabilidad y la Responsabilidad Penal.....	23
2.3. La capacidad cognoscitiva y volitiva.....	40
3. Marco Legislativo. Una aproximación Jurídica a las principales fuentes de inimputabilidad: Su repercusión en el sistema legislativo y su perspectiva desde la reforma penal.....	46
3.1. Eximentes como causa de inimputabilidad.....	46
3.1.1. La minoría de edad.....	49
3.1.1. La enajenación mental.....	50
3.1.3. La intoxicación plena por consumo de alcohol y drogas o la actuación bajo el síndrome de abstinencia.....	55
3.1.4. Miedo insuperable.....	56
3.2. Eximentes como causa de justificación.....	56
3.2.1. La legítima defensa.....	58
3.2.2. Estado de necesidad.....	58
3.2.3. Cumplimiento de un deber, oficio o cargo.....	59
3.3. Otras circunstancias modificativas: eximentes incompletas o atenuantes y agravantes.....	59
3.4. Efectos de los eximentes sobre la pena.....	64
3.5. Aplicación de medidas de Seguridad.....	65
3.5.1. Enajenados.....	66
3.5.2. Intoxicación por alcohol, drogas o delitos cometidos bajo el síndrome de abstinencia.....	67
3.5.3. Alteraciones en la percepción.....	68
3.6. Responsabilidad Civil.....	68
4. Aspectos psicológico-forense de la responsabilidad criminal: implicaciones de las principales cuadros psicopatológicos y otras casuísticas en la inimputabilidad.....	69
4.1.Consideraciones preliminares en la valoración psicológico-forense de la inimputabilidad: sobre criterios esenciales y clasificaciones nosotáxicas en psicopatología forense.....	69
4.2. Principales trastornos mentales en relación con la inimputabilidad.....	71
4.2.1.Trastorno del Neurodesarrollo: Deficiencia intelectual.....	72
4.2.1.1 Descripción clínica	72
4.2.1.2. Valoración legal y jurisprudencial.....	79
4.2.1.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.....	81
4.2.2.Esquizofrénias y otros trastornos psicóticos.....	83
4.2.2.1. Esquizofrenia.....	83
4.2.2.1.1. Descripción clínica.....	84
4.2.2.1.2. Valoración legal y jurisprudencial.....	88
4.2.2.1.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.....	91
4.2.2.2. Trastorno Delirante.....	97
4.2.2.2.1. Descripción Clínica.....	98
4.2.2.2.2. Valoración legal y jurisprudencial.....	102

4.2.2.2.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.....	103
4.2.3. Trastorno Mental Transitorio.....	106
4.2.3.1 Descripción clínica.....	106
4.2.3.2. Valoración legal y jurisprudencial.....	108
4.2.3.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.....	109
4.2.4. Trastornos de la Personalidad.....	110
.....	111
4.2.4.1. Descripción Clínica.....	111
4.2.4.2. Valoración legal y jurisprudencial	114
4.2.4.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.....	116
4.2.5. Trastornos relacionados con sustancias.....	132
4.2.5.1. Definición clínica.....	133
4.2.5.2. Valoración legal y jurisprudencial.....	137
4.2.5.3. Consideraciones criminológicas y jurídico forenses.....	140
4.2.6. Otras causísticas en psicopatología de relevancia forense en la inimputabilidad.....	148
4.2.6.1. Trastornos neurocognitivos: Deliriums y Demencias.....	148
4.2.6.2. Trastorno bipolar y trastornos de ansiedad.....	151
4.2.6.3. Trastornos del control de los impulsos y trastornos parafilicos.....	152
4.2.6.4. Miedo insuperable.....	154
5. Indigencia y criminalidad.....	155
6. Evaluación Psicológico Forense de la Responsabilidad Criminal.....	158
6.1. De la simulación y modo de evaluarla.....	158
6.2. Instrumentos para la evaluación.....	164
6.3. Protocolo de Arce y Fariña de medida de la imputabilidad y control de la simulación (2007)	
.....	167
PARTE METODOLÓGICA.....	172
Estudio de caso: evaluación psicológico forense de la imputabilidad.....	173
1. Introducción.....	173
2. Metodología.....	175
3. Resultados	185
4. Conclusiones.....	189
REFERENCIAS.....	190
ANEXOS	217

PRESENTACIÓN

En este trabajo fin de máster se aborda desde una perspectiva psicológica-forense la imputabilidad, la responsabilidad criminal y la culpabilidad, así como las modificaciones que les subsiguen cuando entra en conflicto la esfera de la psicopatología; todo ello recalando como el perito en el buen ejercicio de su praxis debe enfrentarse a su evaluación. Se inicia, por lo tanto, con una exposición del estado de la cuestión, el concepto del imputable, desde una aproximación al Código Penal español que gira en torno a los conceptos de de la culpa y la responsabilidad del criminal, para posteriormente indagar en aquellas circunstancias modificativas que recargan, alivian o exoneran la misma. Seguidamente, se exponen las bases psicológicas y psicopatológicas presentes en la inimputabilidad relacionadas con las principales fuentes que pueden afectar a las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto autor de un delito, adentrándonos en la valoración realizada por juristas y jurisprudencia, así como repasando los hallazgos más vigentes en literatura criminológica y forense en relación a los delitos más frecuentes asociados cada entidad. Nos adentraremos muy brevemente en una reflexión sobre el fenómenos del individuo indigente, las razones como colectivo vulnerable, las cuestiones por las que resulta una población donde se presume de incidencia criminogénica y la situación de este campo de estudio en España. En último lugar, se presentará el modo de proceder en el proceso de valoración psicológico forense en la evaluación de las facultades del supuesto inimputable (obtención de la declaración, análisis de credibilidad, aspectos a evaluar, estrategias de simulación e instrumentos empleados) adoptando el protocolo diseñado por Arce y Fariña (2007) para el estudio de la imputabilidad con control de la simulación, adaptado al contexto jurídico español.

En el abordaje metodológico se desarrolla detalladamente todo el procedimiento de un estudio de caso práctico de imputabilidad, controlando la simulación. Se elabora un informe pericial para la evaluación del estado mental y las capacidades cognitivas y volitivas de un hombre joven en situación de indigencia que ha cometido un delito de homicidio e intentiva de homicidio con delito por lesiones.

PARTE TEÓRICA

1.Introducción

1.1.Del Derecho y la Psicología

La Psicología Jurídica (también denominada Psicología Legal, Psicología Judicial, Psicología y Ley, o Psicología Forense) se define como la aplicación de la Psicología a la intersección entre esta y la ley (p. ej., Bartol y Bartol, 2005; Colegio Oficial de Psicólogos de España [COPE], 1998; Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists [CEGFP], 1991 Lösel, 1992;). Esto lleva a que la Psicología Jurídica esté conformada por tantas psicologías jurídicas como campos de interacción se encuentren entre la Psicología y la Ley (Arce y Fariña, 2013).

La disciplina forense ha ganado fuerza obteniendo un área propia de actuación allí donde anteriormente imperaba el psiquiatra o psicólogo clínico. En Estados Unidos, por ejemplo, se demuestra claramente que, aunque ser Psicólogo Clínico tradicionalmente se ha considerado de especial relevancia en el área forense, en los últimos tiempos no es una condición estrictamente indispensable dando paso a la figura del psicólogo experto:

Tal y como determina Craig (2005):

A pesar de que inicialmente los practicantes de la Psicología Forense eran generalmente psicólogos clínicos, ahora muchos psicólogos forenses reciben entrenamiento y experiencia práctica en esta especialidad como estudiantes graduados y becas a nivel de investigación como estudiantes de posgrado en establecimientos forenses. (p.7)

No podemos obviar que en toda sociedad han existido grupos sociales que desarrollan sus intereses, necesidades y hasta dificultades en el ajuste de su comportamiento y adaptación a las normas, por lo cual, existirán circunstancias fácticas que en un determinado momento el individuo estará involucrado con la administración de justicia debido a su conducta. Se genera, por tanto, entre la psicología y el derecho en su mismo objeto de conocimiento, como resulta el plano del hombre y su conducta, un punto de conexión e interrelación entre ambas disciplinas del saber. Es llegado a este punto cuando el derecho en aras de interpretar de una forma más justa la conducta humana para así sancionarla o no y en cualquier caso gestionarla, comienza a demandar diferentes

evaluaciones de situaciones específicas de cuyos conocimientos carecen los operadores de justicia (Almarza., 2006).

Es por ello que una de las áreas más sustanciales y que le proporciona ese carácter diferencial a la disciplina forense es la evaluación de las capacidades y salud mental de las personas, y la evaluación del engaño, esto es, mentira y simulación (Arce y Fariña, 2013). Concretamente, y debido a la suma relevancia que da causa para que trascienda el presente trabajo, la valoración de las condiciones de la que pende la responsabilidad penal de los acusados ha sido y es una de las funciones más preponderantes y notables del rol del profesional forense en psicología.

Y siguiendo este postulado de las que germinan estos ligámenes entre la insania y la exculpación de los sistemas de justicia, autores como Plumed y Rey (2004) razonan que esta relación entre ley y enfermedad mental ha sido objeto de un intenso debate histórico, fruto de la presión que clases sociales más desfavorecidas ejercían sobre la naciente burguesía, lo que creó una conciencia de peligro que la sociedad debía controlar mediante las instituciones penales. En algunos casos se ha llegado a afirmar que existe una correlación inversa e invariante entre el número de pacientes en hospitales psiquiátricos y el número de presos; tal afirmación se llegó a denominar Ley Penrose y explicaba en parte lo que Abramson (1972) denominó *criminalización de la enfermedad mental*. No obstante, es preciso tener en cuenta que no todo criminal o delincuente es un enfermo mental, ni todo enfermo mental comete actos delictivos, pues aunque exista un diagnóstico clínico debe existir una relación de causalidad con el acto (Sánchez-Gutiérrez, 2000). O, como afirman Garrido y López (1995), que alguien desafíe los principios esenciales que regulan nuestra vida social, forjados a lo largo de siglos, no es una prueba o una razón suficiente para pensar que sean locos, enfermos o degenerados.

Nace del tal modo entre la Psicología y el Derecho una constante interacción que subyace en la conducta del hombre dentro de una sociedad. La psicología se ocupa del estudio del comportamiento del ser humano; en tanto, el Derecho se encarga de estudiar el conjunto de norma jurídica que regula la conducta del hombre a fin de preservar el orden social. En tal sentido, la psicología ha dado respuesta al sistema de administración de justicia, en relación a los conocimientos específicos del psicólogo que entra en auxilio al derecho, como es el Psicólogo Forense; rama ésta de la psicología general que desde hace poco forma parte del proceso de consolidación dentro del campo del derecho; dándole mayor desarrollo y alcance a ésta nueva rama del conocimiento.

1.2. Un breve recorrido histórico: la Psicología Forense y el enajenado no responsable.

Una aproximación con cierta profundidad no podría ser alcanzada sino planteamos cierta perspectiva del camino histórico que ha contraído la disciplina y del campo concreto que pretendemos postular.

Pese poder situar la aparición de la figura del perito forense a antiguos arquetipos que nos retrotraen a escenarios ancestrales de sociedades vestigiales, debemos situar el inicio del moderno marco histórico de la disciplina de acuerdo a una de las figuras más notables de la temprana psicología Forense; se trata de la del psicólogo alemán Hugo Munsterberg (1863-1916), profesor en Harvard, EEUU y durante muchos años, uno de los iniciadores del movimiento psicotécnico, tan importante en la primera mitad del XX. Como bien indican Arce y Fariña (2013) la moderna Psicología Jurídica surge fundamentalmente en EEUU. La razón de esta regionalización, la atribuyen Carson y Bull (1995) a que los psicólogos norteamericanos prestaron testimonio experto y otras formas de asistencia tanto en los formatos jurídicos como para servir a los propósitos de los abogados (p. ej., asistencia para el interrogatorio a testigos, selección de jurados, evaluación de la calidad de una rueda de identificación). A este modo de proceder es al que denominan Psicología Judicial. Munsterberg fue formado con Wundt, e invitado por James para dirigir el laboratorio de Harvard. Estaba convencido de llevar a la psicología la vida cotidiana, hallando razones de aplicación de esta ciencia en campos tales como la educación, la empresa y por supuesto, la clínica. Con el fin de resolver innumerables cuestiones en la que la inteligencia, las emociones y los afectos estaban implicados, sus planteamientos fueron la simiente de la denominada Psicología Experimental o Aplicada. Una de las aportaciones básicas en este campo fue *On the witness stand* (1908) una autentica proclama divulgadora a favor de la incorporación de la psicología a la práctica habitual del foro.

Tal y como refieren Garrido, Massip, y Herrero (2006):

El índice de los cuadros populares (1908, p11) por él trazados recorre el conjunto de problemas que surgen allí continuamente: la memoria del testigo, la detección del crimen, las huellas de las emociones, confesiones falsas, sugerencias en el tribunal, hipnotismo, crimen, y prevención del crimen. En cada capítulo el autor hace hincapié de casos prácticos relacionados con la declaración de los testigos en el estrado, que ponen en evidencia la

necesidad de emplear la psicología para llegar a resultados sólidos y fiables, dada la insuficiencia del mero sentido común para dirimir complicados conflictos (p.17).

El siguiente desarrollo histórico, que es complementario al anterior, presenta de qué manera los orígenes de la Psicología Forense se encuentran directamente relacionados con los avances presentados a nivel de Psicología Aplicada. El primer laboratorio del mundo fue fundado en Leipzig por Wundt donde los fenómenos sensoriales y comportamentales fueron ambos medidos y subjetivados en la manipulación experimental. Mientras tanto, Weber, profesor de Anatomía Comparativa en la Universidad de Leipzig, fue quien primero introdujo la psicofísica experimental cerca del 1829 y descubrió la JND (Just Noticeable Difference), la primera medida en ciencia psicológica de la experiencia subjetiva.

Una de los aportes más relevantes fue el desarrollo los métodos experimentales los cuales podían ser usados para elucidar problemas psicológicos. Wundt fusionó el trabajo de pioneros contemporáneos en la disciplina de la psicología con los métodos estadísticos de Galton y desarrolló la Psicología Experimental en su laboratorio con el objeto de motivar un movimiento teórico orientado al ámbito práctico.

Armados con las refinadas técnicas y sofisticados instrumentos surgidos de esta eclosión académica y científica, los estudiantes de Wundt se diseminaron alrededor de Europa demostrando las aplicaciones de la psicología en el día a día del hombre de a pie, donde los quehaceres legislativos tenían una cabida notable. Otros estudiantes vinieron del viejo y nuevo mundo a estudiar bajo la tutela de Wundt y regresaron a realizar las últimas contribuciones de relevancia a los juristas.

Uno de los mayores hitos históricos que se relaciona con las disciplinas científicas, es el primer experimento en el ámbito de la Psicología Jurídica atribuido a James McKeen Cattell en 1893, que llevó a cabo en la Universidad de Columbia una simulación de los interrogatorios judiciales e introdujo una polémica que aún sigue activa en la actualidad: la confianza vs. exactitud del testimonio (Bartol y Bartol, 2005). Este experimento tuvo una gran importancia en Europa y dio origen a una línea de investigación sobre Psicología del Testimonio.

En España, fue Francisco Santamaría quien realizó las primeras contribuciones a la Psicología del Testimonio (Gutiérrez y Carpintero, 2004). En sus estudios concluyó que todos los testigos falsean la realidad y, además se anticipó a lo que años después se denominó validez aparente frente a la real de la investigación en Psicología Jurídica (Konecni y Ebbesen, 1979). Catell (1985) examinó experimentalmente la naturaleza del testimonio y reveló los efectos de

diferencias individuales y situacionales, las cuales están aún más de una centuria después, siendo confirmadas por métodos más sofisticados (Gudjensson, 1998).

Entre los años 20 y 40, la Psicología Jurídica pasó por una fase denominada el período de silencio (Bartol y Bartol, 2005), debido a la asunción del rol de la Psicología por abogados, conocido también como psicologismo jurídico (Loh, 1981). Las primeras sospechas del renacimiento se pueden encontrar en los años 70, con la aplicación a los penados de tratamientos derivados de la Psicología Conductista y de la Psicología del Aprendizaje (De Nicolás, 1995). En la década de los 80, la Psicología Jurídica experimentó un gran desarrollo (Blasco, Ariza, y Muñoz, 2012) y se puso de manifiesto la multidisciplinariedad de la materia, considerándose como un área con estatus propio (Carpintero, 1995).

Respecto al marco histórico de la Psicología Jurídica en España, tiene lugar con el desarrollo de la Ley de Sanidad en 1885, que organiza el cuerpo de Facultativos Forenses en torno a tres secciones: Medicina y Cirugía, Toxicología y Psicología, así como Medicina Mental y Antropología. Un segundo hito sobre el que se erige la Psicología Jurídica lo representa la figura de Luis Simarro, que destaca por ser el primer catedrático de psicología experimental, vástago y productor del movimiento de la ya descrita Psicología Experimental (Carpintero, 2001) y el primer perito psicólogo en España. Es precisamente este respetado profesional quien en 1886 fue el primer representante de nuestra disciplina que prestó testimonio sobre las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal en el caso de Cayetano Galeote, diagnosticado de paranoia primaria persecutoria, tras el asesinato del primer obispo de la Archidiócesis de Madrid-Alcalá, Monseñor Martínez.

Lejos de pretender realizar un estudio exhaustivo del trayecto histórico de la Psicología Forense, solo reseñar que la progresión de su corpus fue evolucionando pasando por etapas de enmudecimiento y pobre desarrollo pasando por un periodo de resurgimiento hasta alcanzar la envergadura que hoy conocemos. Todos estos esfuerzos se fueron plasmando en grandes triunfos para la valorización del rol del psicólogo forense y, de manera subsidiaria, en su capacidad para el examen de las circunstancias psicológicas de la inimputabilidad. Muestra de ello sería un logro histórico para nuestra aceptación en los foros cuando en 1962 el Tribunal Supremo Estadounidense en el caso Jenkins vs. U.S. estableció la capacitación del psicólogo para actuar como perito en la evaluación de las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.

Con los 80 y 90 se dio paso al reconocimiento oficial, la internacionalización y la normalización en todos los niveles de la Psicología Jurídica en lo que podríamos llamar la edad de oro. Actualmente no podemos obviar la entereza y confianza que ha alcanzado la disciplina en la denominada era de los nuevos retos (Arce y Fariña, 2011) mediante la internacionalización o la respuesta a nuevos desafíos que se le plantean a la Psicología Jurídica.

Una cuestión de suma importancia es que, para abordar aspectos de Psicología Jurídica y Forense junto con la teorización que conlleva implícita, es indudable que es necesario un acercamiento a aspectos concernientes a otros campos tales como la Psicología de la investigación Policial, de la Delincuencia o Criminal. Estos campos nacen de manera conjunta pero diferencial en parcelas colindantes y el tráfico retroalimentativo de conocimiento que se sustrae de sus dispositivos teóricos resulta evidente. No en vano, la aceptación de la Psicología Jurídica por los operadores jurídicos, el reconocimiento legal y el jurisprudencial vienen de la mano de los conocimientos y técnicas generadas con aval científico (Arce y Fariña, 2013).

No es la intención de esta investigación profundizar en estas similitudes y diferencias entre estas diversas áreas de la Psicología. De manera general se podría enunciar que mientras el psicólogo jurídico mira hacia a la ley, el forense se pide en los juzgados (Garrido, Stangeland, y Redondo, 2006).

En todo caso, éste tópico de la *responsabilidad criminal* se halla también muy próximo, a modo de ejemplo, al del estudio de constructos como la motivación, factores biopsicológicos o la personalidad del criminal, entre otras. No debemos olvidar que el marco de la evaluación de la inimputabilidad se acota de manera suplementaria entre lo Forense y la Psicología de la Delincuencia, ya que hace referencia al estudio de perfiles de individuos con unas dimensiones psicológicas muy concretas, cuestión ampliamente estudiada por ambas esferas.

Es por ello que los debates científicos acerca de esta particular tipología de criminalidad hacen eco del acervo de conocimiento que la ciencia psicológica nos ofrece para su dilucidación:

Las conductas antisociales de los jóvenes, el maltrato de mujeres, las agresiones sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas vinculados a muchos delitos, la exclusión social y la frustración como base para la agresión, o el terrorismo, crean extrema desazón en las sociedades y urgen una comprensión más completa que se oriente hacia su prevención.

Aunque todos estos fenómenos tienen un origen multifactorial, algunas de sus dimensiones psicológicas son claves al ser el sujeto humano el que realiza la conducta antisocial. En los comportamientos delictivos se implican interacciones, pensamientos y elecciones, emociones, recompensas, rasgos y perfiles de personalidad, aprendizajes y socializaciones, creencias y actitudes, atribuciones, expectativas, etc (Redondo y Andrés-Pueyo, 2007, p. 147).

La diversidad de teorías explicativas del comportamiento en Psicología conlleva marcos conceptuales de comprensión muy diferentes, que se encuentran detrás de investigaciones muy relacionadas con la Psicología Forense, tales como el estudio de los diversos perfiles criminales y la investigación acerca de la motivación criminal.

Es a tenor de lo descrito que resulte axiomático que en la actualidad cualquier Código penal de un país civilizado el adulto que comete injustificadamente un hecho tipificado en la ley penal como delito debe ser condenado a la pena prevista legalmente para el delito. Sólo en casos excepcionales se deja al que incide en un acto criminal sin sanción penal, en atención a determinadas circunstancias personales que desequilibran la normalidad de su mente.

Es debido a ello que se considera que en el proceso constitutivo de toda legislación judicial, en algún punto de su concepción se ha debido plantear casos de excepción a las ordenanzas establecidas promovidas por individuos acuciados por perturbaciones de naturaleza mental. Es este el elemento clave desde que las ciencias forenses, y más específicamente la psiquiatría y psicología forense y judicial, las que realizarán incidencia en su estudio y ejercicio profesional.

Destacar que el contubernio habido entre la patología mental y el enjuiciamiento penal o de la mera intencionalidad punitiva o sancionadora ante el quebranto de normativas y leyes no se trata de una concomitancia establecida de manera reciente.

Desde las más tempranas etapas del desarrollo de pensamiento, la insania ha debido de comparecer ante las instancias de poder judicial, bien humano o espiritual. Tal y como nos explica Porter (2003), reconocido y experto historiador de la psiquiatría, la historia de la criminalidad rastrea la de la locura y la locura nace con el inicio de la humanidad.

De esto modo el autor nos fundamenta que en las primeras civilizaciones se consideraba que las alteraciones desenfrenadas en el estado de ánimo, el habla y el comportamiento eran imputables generalmente a algún poder sobrenatural. Ya no tan solo el enfermo que acometiera un acto criminal dejándose llevar por el desequilibrio de sus facultades mentales; la simple condición de enfermo le hacía susceptible a ser juzgado por ello. La morbilidad mental ya para babilónicos y mesopotámicos fue sinónimo de invasión de espíritus, hechicería, malignidad demoníaca, mal de ojo o violación de tabúes; la posesión era a la vez juicio y castigo impartida por deidades que ostentaban la función de jueces supremos.

Las actitudes de los griegos arcaicos en este respecto no difieren en exceso de estos preceptos, como se infiere de mitos y poemas épicos. La vida y la conducta, tanto normal como la anormal, estaban a merced de fuerzas extrañas y sobrenaturales; los humanos son llevados a la locura por el odio, la angustia o la venganza. Los protagonistas de la *Iliada* son títeres que dependen de fuerzas terribles más allá de su control (dioses, demonios y Furias) que castigan, se vengan y destruyen; el destino de estos humanos, pues, se decide primordialmente por decreto superior.

En contraposición, en la época dorada de Atenas comienza a surgir un paisaje mental más moderno: el pensamiento entorno de la psique desarrollado en los siglos V y IV a.C. establece el patrón del razonamiento sobre la mente y la locura execrando las alusiones al enjuiciamiento divino.

La medicina griega confrontó y puso en tela de juicio las creencias de lo sobrenatural relacionadas con la posesión, típicas de las épocas arcaicas, dando una tentativa por eludir toda elucubración tradicionalista sobre la enfermedad sagrada o posesión responsabilizada a los dioses y su juicio sobre lo terreno.

El pensamiento hipocrático abasteció de postulados naturalistas de los que imperaba un prisma sobre el cosmos y la condición humana y enferma de modo racionalista. Se abocaron al razonamiento sistemático de la naturaleza, la sociedad y la consciencia en un intento de desentrañar el orden y la casuística del cosmos. Al hacer el hombre la medida de todas las cosas, sustrajeron la locura de los cielos y la humanizaron.

Pese a ello, no permitieron que los dementes estuvieran exentos de control y regulaciones. La legislación griega y romana ya contempló al loco como carente de alma racional, por lo que buscaron evitar que atentaran contra la vida, contra el cuerpo o la propiedad y se les asignaba guardias que eran responsables de ellos y sus actos, lo que parece un probable antecedente del

código civil contemporáneo. En las *Leyes*, Platón escribe: “Si un hombre está loco, no debe permitirse que ande libre por la ciudad, sino que su familia debe recluirlo en tanto sea posible.”

La locura era esencialmente, en esa época y por mucho tiempo después, una responsabilidad doméstica; en Japón siguió siendo así hasta bien entrado el siglo XX. Tal y como nos explica Foucault (1967) quienes sufrían trastornos eran mantenidos en la casa mientras que los inofensivos podían salir y vagar, pero como se creía de ellos surgían espíritus malignos que podían poseer a otros individuos, en general eran temidos y evitados.

Como detalla el autor, en la Europa Cristiana, si había un loco en la familia ésta era responsable de sus actos, lo mismo ocurría con los actos de los niños. Los lunáticos y los idiotas del pueblo quedaban comúnmente bajo el cuidado doméstico que, muy a menudo, consistía en negligencia o crueldad; a veces se los confinaba al sótano o se los enjaulaba en la porqueriza; a veces lo daban a la custodia de algún sirviente y, otras veces, se los echabas de la casa para que anduvieran por los caminos y lismonearan su alimento. La locura era algo vergonzoso para la familia pues insinuaba posesión diabólica y linaje corrupto. Por tanto, es un hecho plausible que esta racionalización condujo a una concepción del enfermo mental carente de las capacidades intelectivas necesarias para ser tratado con la rudeza del peso de la ley de un modo normativo, siendo delegadas tales responsabilidades al tutelaje de los parientes.

Paradójicamente, el Medievo cristiano se trató de un salto involutivo en la óptica desde la que atender a la enfermedad mental y con ella a la dolencia psicótica. A diferencia de la filosofía griega, negaban que la razón fuera la esencia del hombre y argüían en relación al pecado, la voluntad y el amor divino, estableciendo el origen de toda dolencia, tanto física como mental, en lo sobrenatural. En la teología cristiana se predicaba un discurso apocalíptico y de redención en que Dios y espíritu santo libraban una batalla contra Satán y sus huestes por la posesión del alma de los individuos, todo ello advenido por las creencias populares de los campesinos y el sobrenaturalismo de la Iglesia. La asunción de lo diabólico respecto a la locura, urdido por Satanás y difundido por las brujas y los herejes, provocó que al enfermo se le comparase con el pecador y fuese castigado por los tribunales inquisitoriales y los poderes eclesiásticos. El psicótico y el demente habían sido víctimas de posesiones diabólicas e incurrían en la perdición del alma respondiendo a la presunción de sus malas y pecaminosas acciones. El juicio era irreductible, y el desenlace fatídico.

No existe mayor ejemplificación de este fenómeno atroz que la cacería de brujas que cundió por toda Europa desde las postrimerías del siglo XV y alcanzó su clímax alrededor de 1650. La cacería de brujas resultaba de la tradicional creencia popular en las cosas sobrenaturales, por una

parte, y la demonología erudita propuesta por la teología protestante y contrarreformista, la magia renacentista y la renovación de las cruzadas contra la herejía, por otra. En este proceso el habla y comportamiento descontrolado eran vistos como síntomas de *maleficium* satánico encauzado por brujas que habían hecho un pacto con el Diablo. Durante la conflagración de las acusaciones de herejía y las hogueras atizadas por la Reforma y la Contrarreforma, la falsa doctrina y el delirio y demás sintomatología mórbida eran indicios incriminatorias de herejía.

Desde el final de la Edad Media se empezó a formar una segregación más formal de los locos, a menudo inspirado por el deber cristiano de caridad. Se les confinaba a los lunáticos en torres y calabozos cuya administración era auspiciada públicamente. Fue este el inicio de la historia de los asilos, un confinamiento masivo de los locos e indigentes propulsado en gran medida por el Estado y sus protocolos durante la vigencia de las políticas absolutistas, especialmente en la Francia de Luis XIV, que tal y como Foucault arguyó, buscaba la ciega represión a partir del secuestro de víctimas en un operativo generalizado de limpieza de calles y lugares públicos. Indigentes, bandoleros, vagos, prostitutas, menesterosos, y sobretodo, pordioseros constituían este ejército monstruoso de lo irracional; no obstante, los dirigentes simbólicos eran los locos y los idiotas. Su medida no era en tanto terapéutica como policial, es decir, como un acto estatal de custodia. Nos encontraríamos con la sombra antecesora de las actuales instituciones psiquiátricas penitenciarias.

Y es que este estilo de ejecución penal no resulta una innovación de los regímenes sociodemócratas más modernos, por lo que las Instituciones Judiciales más arcaicas debieron reformular sus códigos a estos estados de excepción.

Ya en los códigos penales de origen europeo, a partir del siglo XVIII, en general eximieron de culpa a la persona que hubiera cometido un injusto tipificado como delito si esta no hubiese podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades o por alteraciones morbosas de las mismas, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

Se disponía que, en caso de enajenación comprobada, el Tribunal podría ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldría sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos médicos que declarasen desaparecido el peligro de que el insano representara un peligro de daño a sí mismo o a los demás. En los casos en que se absolviese a un procesado por las causales referidas precedentemente el Tribunal podía ordenar la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobase la desaparición de las condiciones que le hicieron peligroso.

Los antecedentes historiográficos mas antiguos pueden ubicarse en el derecho romano y posteriormente en el derecho español antiguo, a saber: 1) Derecho Romano: Digesto, Lib. XXI, Tít.

I, Ley IX. 2) Derecho Español Antiguo: Partida I, Tít. I, Ley XXI, Partida VII, Tít. I, Ley IX; Partida VII, Tít. VIII, Ley IV (Mebarak, 2010).

Pero la primera toma de contacto del enfermo psiquiátrico ante el sistema legal en los términos en los que hoy lo entendemos incurrió en la Europa de principios del siglo XIX. Fue durante el comienzo de una fiebre codificadora de las leyes penales, siguiendo el modelo del Código penal francés napoleónico de 1810. La Psiquiatría estaba surgiendo como disciplina autónoma dentro del ámbito de las ciencias médicas, desde que Pinel a principios de ese mismo siglo hubiera liberado de sus cadenas a los locos del manicomio de París. Es muy probable que sin este resurgir de la Psiquiatría como ciencia, el legislador decimonónico no se hubiera atrevido a llevar a los Códigos penales una causa de exención de la responsabilidad penal que, más o menos imperfectamente redactada, determina la relegación del autor de un delito a los dominios psiquiátricos liberándolo, aparentemente, de las garras del derecho penal.

El manicomio se convirtió así en el gran sustituto de la cárcel e incluso de la pena de muerte tan en boga todavía en aquella época. Los locos pasaron así de las cadenas o del cadalso a la camisa de fuerza y a las duchas de agua fría, que castigaban pero templaban su mente, controlando sus actos incluso más eficazmente que las terribles mazmorras y los grilletes que todavía en aquel tiempo se ponían a los autores de los más graves delitos.

Hubo que recorrer un largo derrotero para que se pudiese escindir el tema de la enfermedad mental, de la construcción inquisitorial en que se condenaba a los enajenados por herejías de todo tipo, y más recientemente construir sobre injustos previamente tipificados el problema de la comprensión o incomprensión de los hechos actuados por los seres que presentaban perfiles antisociales.

2. Teoría Jurídica del Delito

2.1. El injusto y la injuricidad penal: el delito y causas modificativas de la pena

El injusto penal (delito en sentido amplio), es una noción omnicomprensiva que incorpora una sanción o pena a un delito o falta, y la teoría jurídica que lo explica puede definirse como el comportamiento humano típicamente antijurídico y culpable. Quien actúa es el agente o sujeto activo, y su víctima el sujeto pasivo. Como es evidenciable, la terminología penal no coincide con la procesal penal: el sujeto pasivo del proceso es el acusado (el agente o sujeto activo en la teoría penal).

La antijuricidad (o antijuridicidad) constituye una contrariedad a Derecho (a lo jurídico). De ese modo afirmaremos que un hecho es antijurídico o injusto cuando resulta contrario al Ordenamiento Jurídico. Y será penal si desobedece la Ley que se dirige, directamente al Juez (para que imponga una sanción), e indirectamente toda la ciudadanía (para motivarla contra el delito). El objetivo indirecto se intenta a través de prohibiciones o mandatos, cuya infracción (hacer lo prohibido o no hacer lo mandado) anuda una sanción penal o pena (efecto directo de la norma penal) (Yáñez, 2002).

Estos comportamientos que suponen una contradicción objetiva entre la conducta realizada por el sujeto y el ordenamiento jurídico son los denominados *delitos* o *hechos antijurídicos* (Morán, 2007).

De acuerdo con Calabuig et al. (2004) el delito es un acto típico, antijurídico, culpable y sancionado con una pena. Según Serrano-Maíllo (2009) es todo acto de fuerza física o engaño realizado buscando el beneficio propio.

Para de Molina (2009); el delito, en la denominación de crimen o desviación de la conducta, será objeto primordial para la investigación de la Ciencia criminológica. El concepto del delito ha ido variando con la evolución de la sociedad y de la cultura, de manera que no toda conducta desviada socialmente es considerada como delito, ni todo delito es considerado por la sociedad como comportamiento desviado.

Silva-García (2003) desprende que el delito es universal, una conducta externa que viola una ley penal, y al hacer lo que se prohíbe o dejar de hacer lo que indica, violentando la idea de libertad o causando daño, sujeto a la individualidad del evento conductual no a la esencia del evento.

Así mismo de Molina (2009) separa al delito en el concepto jurídico formal (penal) y concepto criminológico. Indica que el concepto legal es utilizado para delimitar y guiar el campo de la investigación criminológica, con necesidades y fines propios, técnicas e instrumentos diferentes. La criminología no puede prescindir del concepto penal del delito; la coincidencia es parcial, porque la criminología examina el delito desde un enfoque valorativo.

En un Estado democrático la responsabilidad penal, responsabilidad por el hecho, debe sustentarse también en la culpabilidad. Como indica Jescheck (1996) no cabe identificar injusto penal con delito; sólo es delito el injusto merecedor de pena. De tal modo es de exigencia necesaria el elemento de culpabilidad, pieza configurante en nuestro ordenamiento jurídico y esencial para que se de un juicio valorativo sobre un agente como responsable de un acto tipificado. Resulta muy problemático dar un concepto de la culpabilidad porque las escuelas penales mantienen posiciones divergentes, pero como aproximación podría decirse que una persona es culpable cuando se le puede reprochar un acto, cuando debe responder de su acción dañosa porque pudo actuar de otra forma y no causar el daño. A su vez para llevar a cabo el proceso de enjuiciamiento es necesario que exista responsabilidad criminal, junto con la prueba de hechos y autor del delito. La responsabilidad es el deber que tiene la persona de subsanar el daño causado a consecuencia del delito cometido. A su vez, debe existir imputabilidad como aquello que relaciona al individuo con sus actos y, en consecuencia, la aptitud para responder a esos actos. La persona que comete el delito debe presentar dos características: comprender la injusticia del hecho y que pueda dirigir libremente su conducta (inteligencia y voluntad). Por tanto, con carácter general también podría afirmarse que a una persona no se le puede reprochar un acto y no puede ser declarada culpable si no le es exigible otra conducta distinta de la realizada y siendo por tanto reprochables al tener una capacidad. No profundizaremos más en estos conceptos que vendrán hondamente descritos en el siguiente punto, pero su mención resulta sustancial para dar entendimiento a las características accidentales que giran entorno a lo que entendemos como efectos penales de la comisión delictiva y las circunstancias que modifican a ésta. Son tales circunstancias las que se denominan genéricamente *eximentes* en atención al efecto que producen.

Entre las eximentes podemos diferenciar dos tipos: por una parte, *aquellas que justifican el delito*, y por otra, *aquellas en las que se asume una falta de culpabilidad por parte del autor* (Sierra, Jiménez, y Buela-Casal, 2006). O como es denominado por otros: *circunstancias relativas a lo injusto* y *circunstancias relativas a la culpabilidad* (Arias, 2007). En el primero de los casos el hecho antijurídico se convierte en lícito, debido a que ante la concurrencia de dos delitos, la ley considera igual o más importante el interés en evitar una conducta lesiva, por lo que el acto encaminado a ello queda justificado; en el segundo de los casos el delito sigue siendo tal, no obstante se considera que el autor no se encuentra en las condiciones adecuadas para ser totalmente dueño de sus actos (Sierra et al., 2006).

La legislación establece una serie de criterios que si se cumplen convierten al autor de un delito en inimputable o falta de responsabilidad criminal. Estos criterios son los conocidos como *circunstancias o causas modificativas de la responsabilidad criminal*, dentro de las cuales existen los siguientes subtipos según la manera en que afectan a la responsabilidad:

-*Eximentes*: causas o circunstancias que hacen considerar al autor de un delito irresponsable criminalmente (inimputable).

Según Patitó (2000) todo trastorno o alteración psíquica que perturben profundamente la inteligencia y/o la voluntad puede ser causa de inimputabilidad, por lo que, es inimputable aquel sujeto que no es responsable penalmente de un delito cometido, ya que no comprende las consecuencias que esto puede ocasionar. Una condición entre las dos anteriores supracitadas, se le conoce como *imputabilidad disminuida*, ya que implica una disminución en la capacidad mental del sujeto para entender las consecuencias jurídicas de sus acciones.

Es en este escenario particular donde encontramos las *eximentes incompletas*, que aluden a las mismas causas y circunstancias que las anteriores pero sin llegar a cumplir todos los criterios necesarios. Esto implica que funcionan como atenuantes disminuyendo la responsabilidad pero sin eliminarla completamente.

-*Atenuantes*: causas o circunstancias que disminuyen la responsabilidad del autor de un delito, y que por lo tanto reducen la pena que se le impone a este.

-*Agravantes*: aquellas causas que incrementan la responsabilidad del autor del delito y

su correspondiente pena.

En este sentido, dentro de las causas de justificación del delito distinguimos (Sierra et al., 2006):

- Actuar bajo legítima defensa.
- Actuar bajo un estado de necesidad.
- Actuar haciendo ejercicio de un derecho o deber.

Dentro de la falta de culpabilidad podemos señalar (Mir i Puig, 1994; Sierra et al., 2006):

- Factores de origen predominantemente individual: enfermedad mental, retraso mental, alteraciones de la percepción.
- Factores de origen predominantemente situacional: miedo insuperable.
- Factores de origen individual/situacional: trastorno mental transitorio

Estas circunstancias implicadas en la responsabilidad penal pueden enmarcarse en tres métodos valorativos o fórmulas comprensivas (Puig, 1994) con los que se rige el Código Penal; reseñables especialmente para el juicio de la alteración psíquica no transitoria, núcleo esencial de la valoración de la inimputabilidad en Psicología Forense :

1. *Método biológico* (base patológica), según el cual una persona estaría exenta de pena cuando el desarrollo o la madurez mental no están en el nivel adecuado, es decir, no será responsable criminalmente aquel que padezca una enfermedad mental. Hace referencia únicamente al carácter patológico del trastorno.
2. *Método psicológico* (normativo), un individuo será inimputable cuando presenta algún tipo de trastorno mental o anomalía, evaluando el grado en que éste se encuentra, de manera que las consecuencias psicológicas harán al individuo falto de comprensión y voluntad en la ilicitud del hecho independientemente de las causas que provocan ese trastorno.
3. *Método mixto* (biológico-psicológico), engloba ambos métodos por lo que debe existir un correcto desarrollo biológico y psicológico para que pueda aplicarse la pena

correspondiente. Debe presentarse una anomalía o trastorno mental (biológico) y una incapacidad de comprender y dirigir la conducta en el momento de los hechos.

■ **Figura 1.** Criterios necesarios para la valoración de la Imputabilidad Penal.

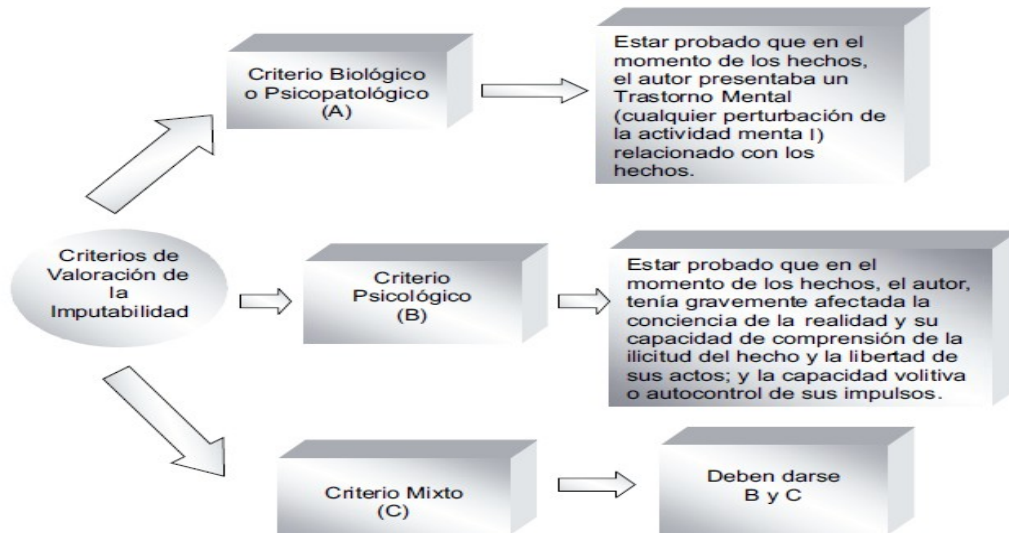


Figura 1. Criterios biológico, psicológico y mixto como principales fórmulas de valoración de la inimputabilidad. Adaptado de *Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad* por M. A., Finol, y E., Piña, 2008, Capítulo criminológico, 36(4).

Es a tenidas cuenta lo mencionado como prende relevancia lo señalado por Esbec y Delgado (1994), al concertar que la imputabilidad es un concepto psico-bio-socio-normativo. Considerando que cabe aportar conocimiento profundo y experto al respecto del tema de la salud mental del agente en la causa es fácil suponer que la aportación del perito psicólogo o psiquiatra forense es fundamental, pero no debemos olvidar que el análisis no corresponde por entero al forense, ni al psiquiatra, ni al psicólogo, ni al sociólogo, ni al jurista, sino a todos ellos, aunque será exclusivamente al Juzgador o Tribunal a quien le corresponderá pronunciarse acerca de la imputabilidad del encausado. En definitiva, el perito asesorará sobre las bases en las que se sustenta el precepto (aspecto antropológico), e informará habitualmente de lo necesario para conocer la personalidad del delincuente, sus efectos psicológicos, las motivaciones para cometer el hecho delictivo, las medidas de seguridad más adecuadas a aplicar, etc., pero la última palabra sobre si el imputado es o no “jurídicamente imputable” (aspecto jurídico) corresponde al Juzgador.

2.2. La Imputabilidad, la Culpabilidad y la Responsabilidad Penal

Antes de profundizar en los prolegómenos que conciernen al tratado legislativo que regulan el modo de maniobrar de los constructos estudiados, cabe discernir porque nos referimos a responsabilidad criminal y no hacemos constar el término imputabilidad. Y la realidad es que nuestro actual Código Penal no utiliza el término imputabilidad como tampoco lo realizaban los anteriores. Analizaban las causas que eximen de responsabilidad criminal, ya que la anulación de la imputabilidad supone una ausencia de responsabilidad. Nuestro Código la define de forma negativa, es decir, se limita a señalar las causas de inimputabilidad y de la atenuación de la misma (Núñez y López, 2009; Soria et al., 2002). Por tanto, podemos concluir que nuestro Código Penal, aunque no se refiere expresamente a la imputabilidad, sí que establece las causas que determinan que no concurra la misma, las que tanto doctrinal como jurisprudencialmente son consideradas como causas de exención de la responsabilidad por inimputabilidad, pero que no son acuñadas como tales por el legislador, y de cuya regulación puede extraerse una aproximación *in genere* a la imputabilidad a partir de elementos normativos explícitos, cifrados en la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Esencialmente, todo individuo que realiza determinadas acciones u omisiones, en definitiva, que sigue una conducta concreta, es imputable de la misma. Siguiendo este principio, como regla general, la sociedad considera a la gente como *responsable* y por ende, *culpable* de su comportamiento.

El concepto de responsabilidad pertenece a todo modelo ético que coloque al hombre en prioridad de la escala de valores, se trata de una especie de opción antropológica que confiere al hombre la libertad de sus acciones y la autoría de sus actos. En el marco del derecho se presenta como una presunción y los sistemas que usan este concepto se aplican a definir cuando ésta está disminuida o excluida.

Nadie puede ser castigado si no es culpable y capaz de responder de sus actos y para ello habrá de decidirse previamente su responsabilidad. Dicho de otra manera, el fundamento de la eximente no es otro que la ausencia de imputabilidad. Sin duda responsabilidad y culpabilidad no se confunden en su definición jurídica; la una es previa a la otra. Tratando de responsabilidad criminal no es posible eludir la cuestión de la culpabilidad, porque la imputabilidad (es decir la capacidad de cometer un delito) le está indisolublemente ligada. Precisamente para evitar estos debates se ha ido imponiendo una concepción pragmática de la culpa: la culpabilidad definida como imputación subjetiva de un comportamiento sancionable, es la falta de alguien (*Mens rea*) que sólo es

responsable si puede actuar de otra manera (libre albedrío). Libre albedrío que significa, no tanto una libertad no determinista, como que otra persona colocada en una situación comparable podría «normalmente» actuar de otra manera. Viene a ser el estado de conciencia y su consecuente responsabilidad de la conducta llevada a cabo; la responsabilidad penal es resultado de la imputabilidad, es decir, a quien se le puede considerar como imputable se muestra responsable ante la sociedad mediante el sistema penal (Buela-Casal y Sierra, 1997).

Es así, como indica Mir i Puig (1994), como la responsabilidad penal falta cuando actúa bajo el influjo de una motivación anormal, y este influjo puede tener ligámenes en términos tales que afecte a la normalidad psíquica del sujeto. Cuando excluya la normalidad psíquica del sujeto desaparecerá la imputabilidad. El mismo autor establece que este concepto de normalidad es relativo y depende no tanto de consideraciones estadísticas como de lo que en cada momento histórico-cultural se consdiera como normal: no se trata de un concepto naturalístico, sino normativo o cultural. La motivación normativa supone la madurez intelectual suficiente para conocer la antijuricidad, lo que tradicionalmente se denominó conocer el bien o el mal. Actualmente, desde el argot técnico en psicología se le denomina capacidad cognitiva o intelectual, en cuanto a lo que refiere de los recursos intelectuales o de naturaleza cognitiva que se presuponen como normativos en el desarrollo psicoevolutivo para el tipo medio de individuo en sociedad.

La imputación de una infracción, supone pues, no tanto la libertad de acción moral como la posibilidad de conformarse a las normas sociales. El derecho parte de manera formal de la presunción de que todos los adultos tienen esa posibilidad. (Sánchez, 1998). Según la exposición tradicional, se consideraba este principio como el de voluntariedad, la libre decisión del autor respecto la conducta antijurídica o como bien se ha determinado, libre albedrío; los profesionales en materia pericial lo comprenden bajo el término de *capacidad volitiva* o *volición*, haciendo referencia a la intencionalidad criminal del sujeto en cuestión. Y en efecto, aunque los hombres estamos condicionados por el medio (religión, familia, lengua, nivel cultural etc.), la libertad se debe entender como posibilidad de elegir nuestra conducta, no entre todas las teóricamente posibles, sino tan solo entre las que son prácticamente realizables, entre las que también encontramos las sancionadas penalmente. Pero, mientras el individuo tenga la posibilidad de dirigir su conducta, de elegir entre varias alternativas de forma no totalmente sesgada, es imputable.

La categoría dogmática de la imputabilidad es una de las más controvertidas de entre aquellas que conforman la Teoría Jurídica del Delito, además de ser de las que en menor medida

admite criterios exactos de determinación, pudiendo ser contemplada desde una multiplicidad de posicionamientos dogmáticos, prácticos, médicos-psiquiátricos y psicológicos.

Tal como hemos ido introduciendo, relacionada con la responsabilidad criminal se encuentra la capacidad de *culpabilidad*. Ésta se desarrolla en términos normativos, es decir, la acción que va en contra de la ley establecida, de lo prohibido. Así el sujeto debe comprender lo injusto e ilícito de su acción y actuar conforme a esta correcta comprensión. Presentará culpabilidad aquel que ha actuado de forma antijurídica, por lo que la acción cometida le es reprochable, al no actuar de acuerdo a la norma establecida y porque pudo y debió proceder de otra manera (del Rosal y Vives-Antón,1999). Según la teoría elaborada por la Ciencia del Derecho penal sobre el delito, la mera constatación de la realización de un hecho injusto tipificado por la ley penal no basta para la exigencia de responsabilidad criminal, sino que la misma requiere inexorablemente la afirmación de la culpabilidad del sujeto. Por eso se proclama como principio esencial la máxima *nullum crimen sine culpa*, o lo que es lo mismo, la imposibilidad de que exista delito alguno si no se comprueba la culpabilidad de su autor.

El concepto normativo de culpabilidad centra sustancialmente la imputabilidad en la capacidad de comprender y de querer, tradicionalmente considerados como la base del normal ejercicio de la libertad o autodeterminación. Así, la mera comprobación de la realización de un hecho delictivo, tipificado por ley, no basta para la exigencia de responsabilidad penal, es preciso conocer si efectivamente esa conducta punible fue realizada de modo autodeterminado. Este concepto que denominamos culpabilidad examina si tal delito o infracción le puede ser reprochado al sujeto (Arús, 2013). Es así cómo el punto de vista del Derecho Penal, el concepto de culpabilidad se desarrolla desde tres perspectivas: a) Fundamentado en la pena la cual se impone a raíz de un hecho ilícito y punible basado en los elementos que integran el concepto de culpabilidad: capacidad, consciencia de antijuricidad y exigibilidad de una conducta jurídica; b) en cuanto a la medición de la pena referida a la magnitud de la pena impuesta limitada por los criterios que establece el concepto de culpabilidad; c) exención de la responsabilidad basada en el artículo 5 del Código Penal “No hay pena sin dolo o imprudencia” (Serrano, 2006; López-Capdevila y García-Arán , 2015).

Como bien trae a colación Calabuig (2004) al respecto de la imputabilidad, la responsabilidad es el deber jurídico que incumbe al individuo imputable de dar cuentas por los hechos que ha cometido y sobrellevar las consecuencias jurídicas que ese delito produjo.

Desimoni (2015) sigue efectivamente esta dirección en el entendimiento del concepto y establece que en concreto hay imputabilidad, cuando un sujeto es susceptible de ser considerado responsable de un delito por el que se le impondrá una pena porque ha actuado con intención, discernimiento y voluntad, y a sabiendas de lo disvalioso de su acción ha querido actuar y de hecho la realizó.

Autores clásicos como el ya mencionado Calabuig (2004) y Patitó (2000); conceptualizan la imputabilidad como aquel acto humano (acción u omisión) atribuido a una persona; la obligación de sufrir las consecuencias penales, por la realización de un hecho delictivo.

Etimológicamente el término proviene de la raíz latina “imputare” que significa atribuir, asignar o poner en la cuenta o a cargo de alguien. Se destaca la comprensión, o sea comprender y entender el deber y la autodeterminación de la voluntad. Podemos definir la imputabilidad como aquella acción u omisión que se genera a libre elección atribuida a un sujeto, la cual produce consecuencias por las que se debe cumplir y afrontar una determinada sanción. Es una condición jurídica poseída por todo aquel que tenga madurez mínima fisiológica y psíquica, salud mental y conocimiento de los actos que se realizan. (Patitó, 2000).

De acuerdo a Zazzali (2007) imputabilidad significa capacidad para delinquir. Es el legislador quien fija las condiciones que debe reunir un sujeto para ser considerado inimputable y es el juez quien establece la imputabilidad o no del autor de un delito. Así mismo, existe una condición en aquellas personas con defectos mentales de inteligencia y de voluntad, por lo que no están conscientes de sus actos que se conoce como inimputabilidad. Sin independencia de la voluntad o sin capacidad de entendimiento el sujeto es inimputable.

Maurach (1902-1976) indica que en este caso el autor es imputable pero para alcanzar el grado de conocimiento y dirección de un sujeto anímicamente normal, debe esforzar más su voluntad. Este término ha generado controversia ya que para algunos autores la imputabilidad no puede ser medible, mientras que para otros si puede determinar un cierto grado que pueda clasificar esta condición en las personas de acuerdo a sus características o patologías asociadas, es por esto que estos términos se consideran conceptos jurídicos que presentan una base psicológica.

Según del Rosal y Vives-Antón (1999), la culpabilidad es el reproche personal que se dirige al autor imputable por la realización de un hecho típicamente antijurídico, es decir, se trata de un juicio de reproche “sobre el autor de ese comportamiento; por haberlo realizado pese a conocer, o haberlo podido conocer pese a desconocerlo, que estaba prohibido”. Para afirmar dicha culpabilidad se requiere, entre otras exigencias, que el sujeto sea imputable, esto es, la culpabilidad supone un determinado desarrollo o madurez de la personalidad y unas determinadas condiciones biopsíquicas que permitan al autor conocer la lesividad material de su comportamiento y su ilicitud, así como dirigir su voluntad conforme a dicha comprensión. Al conjunto de condiciones o facultades mínimas requeridas para poder considerar a un sujeto culpable de la conducta antijurídica que ha realizado es a lo que se denomina imputabilidad.

Tal y como expresa Díaz (2007) las diversas maneras de entender la imputabilidad que se han defendido a lo largo de la historia, consideran que la misma debe entenderse como capacidad de acción, capacidad jurídica de deber, capacidad de entender y querer e, incluso, capacidad de pena, pero el autor considera que todas ellas presentan importantes objeciones, por lo que se hizo necesario buscar un nuevo significado como el que hoy en día se le otorga, concibiéndola como capacidad de culpabilidad.

Así, y en relación a la primera de las acepciones que entiende la imputabilidad como capacidad de acción hay que admitir que la misma resulta insostenible, por cuanto que dicha capacidad la tienen los inimputables, dado que los mismos pueden ejecutar un hecho que la Ley sanciona como delito.

La imputabilidad también ha sido entendida, tal y como nos recalca el autor, como capacidad jurídica de deber. Concebir así la imputabilidad supone equiparar culpabilidad e injusto, lo que lleva a afirmar que los inimputables no cometen acto antijurídico alguno, lo que no es aceptable, ya que el inimputable es capaz de actuar antijurídicamente y en consecuencia puede estar obligado jurídicamente. Lo demuestra el hecho de que su actuación delictiva genera responsabilidad civil y por la posible aplicación a los mismos de medidas de seguridad, lo que exige entre otros requisitos, que los hechos cometidos por el inimputable sean además de típicos antijurídicos, es decir, no justificados. Esta objeción puede realizarse a determinadas modalidades de imperativismo y a quienes conciben el injusto como infracción del deber personal, pero no a una sistemática objetiva, pues dado que concibe la norma como norma objetiva de valoración (norma de Derecho) de la que derivan las normas subjetivas de determinación (normas de deber), refiriendo las primeras

al plano de la antijuricidad y las segundas al de la culpabilidad, la imputabilidad no tiene por qué desplazarse al plano de la antijuricidad.

La imputabilidad también se concibe también en efecto como capacidad de pena, al vincular la misma con las exigencias de prevención general y especial y, por tanto, con los fines político-criminales. Para esta concepción se hace necesario atender como consecuencia de una causa de inimputabilidad a los efectos que la no imposición de pena conllevaría sobre la colectividad, es decir a las exigencias de prevención general, y asimismo también a las exigencias de prevención especial, al tener en cuenta en el caso concreto, la incidencia del reconocimiento de la exención de responsabilidad penal para la resocialización del sujeto. Existen ciertas objeciones que hacen inviable esta concepción, tanto en su fundamento teórico como en sus consecuencias dogmáticas. Por un lado, es inadmisibles, desde el punto de vista de la prevención general, que para conocer la capacidad de pena del sujeto deba tenerse en cuenta, en lugar del estado del mismo en el momento de la comisión del hecho, el de los demás ciudadanos, pues con ello sólo se está logrando, como bien apunta Urruela-Mora (2004), una instrumentalización del individuo para conseguir finalidades sociales.

También es rechazable desde el punto de vista de la prevención especial, ya que precisamente el hecho delictivo ha demostrado la insensibilidad del que lo lleva a cabo frente a la motivación legal, y en consecuencia, el castigo no puede depender de la capacidad de sentir la amenaza de la pena. De esta parte, algunos autores consideran criticable esta tesis porque si se concibe la imputabilidad como capacidad de pena, la misma debe ser analizada en un momento posterior a la realización del hecho punible (en el momento de la punición o pena), desconociendo que, legalmente, la imputabilidad debe ser revisada en un momento anterior, por regla general cuando se comete el hecho delictivo.

Finalmente tales planteamientos críticos sostienen que tampoco del art. 60 CP se pueda extraer argumentos a favor de esta concepción, ya que el mismo no es sino una causa de suspensión de la pena, aplicable cuando sobreviene “el trastorno mental grave después de pronunciarse sentencia firme” y, por tanto, cuando la imputabilidad y la culpabilidad en general ya han sido afirmadas.

A quienes han configurado la imputabilidad como capacidad de entender y querer, se debe objetar que los inimputables también pueden conocer y querer, pues un menor de edad y un

enajenado pueden ser conscientes y tener voluntad, por ejemplo, de matar (saben que están matando y quieren hacerlo).

La imputabilidad es algo más que dicha concepción clásica de la misma, pues necesita una doble capacidad: por un lado, la que le permite conocer el significado antijurídico de la acción, es decir, comprender la ilicitud del hecho y previamente también su lesividad material; y por otro, la que posibilita dirigir su voluntad orientando su conducta conforme a esa comprensión.

En definitiva, la imputabilidad, según opinión dominante tanto de la doctrina alemana como española así como de la jurisprudencia, debe concebirse, como capacidad de culpabilidad. Y ello debido a que alude directamente al conjunto de condiciones o facultades mínimas exigibles al sujeto para se le pueda atribuir un comportamiento antijurídico. Cuando un sujeto infringe el ordenamiento jurídico, sólo puede atribuírsele el hecho por él realizado, si cuenta con una serie de facultades psíquicas o requisitos mínimos que permitan reprochárselo jurídicamente. Es decir, el mismo debe ser imputable, debe tener la capacidad suficiente para que se le pueda declarar culpable. Dicha capacidad de culpabilidad, como se ha visto, queda concretada en nuestro Código Penal en la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o para actuar conforme a dicha comprensión.

La definición de los autores, que quizás no pretende ser categóricas por la complejidad del fenómeno psíquico, no puede ser etiquetado en meras formas. Se entiende por ello que su concepción igualmente incluye someramente los requisitos de *madurez mental, salud general y raciocinio* que deben existir en el sujeto al tiempo de cometer el hecho y tal como en gran medida coinciden la mayoría de autores.

Siguiendo a Conde (2007) sin lugar a dudas es la imputabilidad uno de los temas que plantea mayores dificultades en las relaciones que se establecen entre la psicopatología y el derecho penal. En síntesis, y según este mismo autor:

la imputabilidad trata de saber, entender y explicar las razones últimas de porqué una persona infringe los más sagrados principios que rigen su convivencia con otras personas, pero también pretende indagar las bases morales y filosóficas que legitiman el que alguien pueda ser castigado por sus semejantes. O, dicho de otra manera, el concepto de imputabilidad, que tiene una base psicológica, comprende un conjunto de facultades

psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para ser declarado culpable del mismo (p.147).

Tal y como indica el mismo autor:

Parece obvio que el concepto de imputabilidad debe ser entendido como enmarcado en una historia, en una biografía y referido a una estructura social determinada, como la consecuencia de un largo proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento y se continúa durante toda la vida con internalización de las diversas exigencias normativas sociales y jurídicas (p.308).

Una investigación exhaustiva acerca del concepto de *responsabilidad criminal* nos permite acercarnos teóricamente a los modelos de decisión que se utilizan en el sistema anglosajón entre otros puntos, y además, a un acercamiento inicial a como se ha aplicado en un tipo de defensa que se utiliza bajo los presupuestos de la ley americana que en Estados Unidos se conoce como NGRI (*not guilty by reason of insanity*) que en español significa “no es culpable por razón de enfermedad mental” ya que éste desequilibrio impide la comprensión del ilícito y dirigir la conducta en sentido opuesto.

Así parece indicar la tesis de Frías-Caballero (1993) cuando señala que:

La imputabilidad en términos de máxima generalidad, es la calidad del sujeto agente para que se le puedan cargar -atribuir- las acciones u omisiones realizadas por él”, concluye el mismo autor diciendo que “la imputabilidad es la capacidad personal para comprender lo injusto o antijurídico del hecho y para dirigir las acciones conforme a esa comprensión (p.193).

La jurisprudencia española para determinar la imputabilidad de una persona con alteraciones o anomalías psíquicas en la relación a la comisión de un comportamiento antijurídico, ha venido considerando tradicionalmente como criterios de valoración de *cualidad, cantidad, cronológico* y de *causalidad* ([Villarejo-Ramos, 2003](#)). Fonseca (2007) operativiza estos criterios, llegando a establecer que de la dicción de esta circunstancia eximente pueden distinguirse hasta cuatro elementos diversos cuyo concurso resulta ineludible para que la circunstancia pueda ser apreciada, a saber:

1. La existencia de una anomalía o alteración psíquica (elemento biológico o psicopatológico).
2. La imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa previa comprensión (elemento psicológico o normativo).
3. Requisito temporal o cronológico. Presencia de dicha anomalía o alteración psíquica en el momento mismo de cometer el hecho delictivo.
4. Relación de causalidad o de sentido entre el trastorno psíquico y el hecho delictivo.

A su vez, este examen de las suficientes circunstancias viene a cristalizarse por una cuádruple comprobación (De la Maza-Gazmuri, 2008):

1. La naturaleza de la perturbación: criterio cualitativo
2. La intensidad y grado de la perturbación: criterio cuantitativo
3. La duración del trastorno y permanencia del mismo: criterio cronológico
4. La relación de causalidad, o de sentido, entre el trastorno psíquico y el hecho delictivo.

Por otro lado, para Rogers y Shuman (2006), las variables que evalúan la *responsabilidad criminal* son *Confiabilidad*, *Organicidad*, *Psicopatología*, *Control Cognitivo*, y *Control Comportamental*.

Odonohue y Levenski, (2004) desarrollan el término del siguiente modo:

1) En el momento del crimen el acusado tuvo una “enfermedad mental o “defecto” como es definida por la ley; 2) En el momento del crimen el acusado demostró impedimento en sus habilidades para entender, apreciar y controlar su comportamiento criminal; 3) Finalmente, si la respuesta es sí a ambas preguntas anteriores, ¿hay evidencia de que el impedimento cognitivo y volitivo fue causado por el trastorno mental? (p. 88)

Según Calabuig, (2000), los aspectos psiquiátrico-forense de la imputabilidad que cabría considerar según la comisión de un delito sería:

1. Un estado de madurez mínimo, fisiológico y psíquico.
2. Existencia de plena conciencia de los actos que se realizan.
3. Capacidad de voluntariedad o volitiva.
4. Capacidad de libertad de acción o cognitivas.

Por tanto, para Calabuig, tales condiciones estarían determinadas resumidamente por:

1. Que en el momento de la acción el sujeto posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos (capacidad cognitiva).
2. Que el sujeto goce de la libertad de su voluntad o de su libre albedrío (capacidad volitiva).

Siguiendo este mismo recorrido doctrinal, Torres (2002) resume las condiciones que debe tener un individuo para que se le reconozca plenamente imputable son: a) que en el momento de la acción posea la inteligencia y discernimiento de sus actos; y b) que goce de la libertad de su voluntad o de su libre albedrío. A tenor de estos datos, para que un acusado no pueda considerarse imputable plenamente, se comprueba que el requerimiento se repite a lo anteriormente mencionado: yoidad, conciencia, inteligencia y voluntariedad.

Para Mesa, (2007) considera que para que exista la imputabilidad el actor del delito es capaz y que voluntariamente incurre en alguna causal de invalidación de un acto entre civiles y de interés jurídico. A sí mismo, el ejecutor de una conducta típica, antijurídica y realizada con culpabilidad. Por consiguiente, para la comisión de un delito debe haber comprensión cognitiva del mismo, es decir, que la capacidad cognoscitiva debe estar proporcionalmente y direccionada en la realización de la conducta punible. Al respecto Mesa, (2007) considera:

El imputable (a criterio del juez) cuando incurre en la conducta típica y antijurídica, goza del sano uso de sus facultades mentales superiores, es decir, tiene pleno conocimientos de causas y libre capacidad de volición. En otras palabras, sabia a total conciencia y consciencia *porqué y para* qué actuaba, era capaz de medir las consecuencias de sus actos, y dichos actos fueron determinados libremente, siendo, por consiguiente, también culpable (p. 397).

El autor de Asua (1989) concibe a través de una definición muy clara, su concepción respecto la imputabilidad como esa capacidad en el agente para que le puedan ser atribuidos los actos los cuales ha realizado. Capacidad que desarrolla Palos (1965) explicando que se trata de un conjunto de condiciones psicosomáticas exigidas por la Ley penal para que las acciones u omisiones penadas en la misma puedan ser atribuidas al que las ejecutó como a su causa voluntaria, o como lo hace Del Rosal (2011) al entenderla como el conjunto de condiciones psicobiológicas de la persona requerido por las disposiciones vigentes para que la acción fuera comprendida como causada psíquica y éticamente por aquella.

Para Antón-Oneca (1989) consiste en una situación de estado, aptitud o capacidad del sujeto, base de la responsabilidad criminal. [Calón \(1958\)](#), yendo más allá, considera que se refiere a un modo de ser del agente, a un estado espiritual del mismo, y tiene por fundamento la concurrencia de ciertas condiciones psíquicas, biológicas y morales (salud mental y madurez) exigidas por la ley para responder de los hechos cometidos. Es sobre estas condiciones sobre las que centra Rodríguez-Devesa (1979) su definición, considerando imputable al que reúne aquellas características biopsíquicas que con arreglo a la legislación vigente le hacen capaz de ser responsable de sus propios actos.

La dogmática moderna representada por del Rosal y Vives-Antón (1999) la describen como un recogido de requisitos psicobiológicos, exigidos por la legislación vigente, que expresan que la persona tenía la capacidad de valorar y comprender la ilicitud del hecho realizado por ella y de actuar en los términos requeridos en el ordenamiento jurídico(p.234).

En términos parecidos encontramos la realizada por Mir (2002) que añade a los requisitos psicobiológicos que veíamos en la anterior, una categoría más amplia que denomina condiciones biopsíquicas y la necesidad de un desarrollo o madurez de la personalidad. Así, define la misma como un determinado desarrollo o madurez de la personalidad y unas determinadas condiciones biopsíquicas que le permitan al sujeto conocer la licitud o ilicitud de sus acciones u omisiones y obrar conforme a ese conocimiento.

Junto a estas definiciones, con características similares se encuentra la ofrecida por Del Rosal (1999), al resumir las anteriores al entender que el concepto de imputabilidad lo integran todo el conjunto de facultades, desde el punto de vista de la legislación penal, son exigidos para que a una persona se le pueda imputar subjetivamente un hecho castigado por la ley como delito y que no

hacen sino expresar que la persona en cuestión tenía capacidad para comprender la ilicitud de ese hecho y de actuar de forma diferente a como lo hizo, cumpliendo lo que le exigía el ordenamiento jurídico.

Acentuando la imputabilidad como un estado del sujeto o conciencia del mismo, encontramos las definiciones de Maurach y Zipf (1995), García (2000) y Riveros (1995). Los primeros, estiman que es imputable el autor que, en virtud del estado de su desarrollo espiritual-moral, esté en condiciones de reconocer el ilícito de su acción y de obrar conforme a este conocimiento. Para García la imputabilidad es capacidad de culpabilidad, y, por tanto, presupuesto del delito y de la responsabilidad penal, consistente en un estado (normal) de las facultades cognoscitivas y volitivas tal que permite atribuir al sujeto la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y para decidir su propio comportamiento. Finalmente, Riveros concibe la imputabilidad como aquella conciencia que permite al actor comprender el injusto base de su actuar dentro de un ámbito jurídico-penal determinado y, sobre la base de dicha comprensión, autodeterminarse conforme a Derecho.

Definición más sencilla, pero expresiva, que acentúa la imputabilidad como capacidad de actuar culpablemente, es la aportada por Sáinz-Canteros (1990), que entiende la misma como la capacidad del hombre para actuar culpablemente esto es: para realizar la acción (que puede ejecutar también sino es imputable) típica y antijurídica, con dolo o culpa, y para que el ordenamiento jurídico pueda exigirle que se comporte conforme a lo que la norma manda o prohíbe.

Cruz (2004) considera que la imputabilidad se refiere a la capacidad psíquica exigible a una persona en el momento de realizar el comportamiento antijurídico para que el Estado le estime responsable penalmente de sus actos. Asimismo, Suárez-Mira (2000), precisa en la misma dirección al estimar que la imputabilidad debe ser definida como el juicio de valor, expresado sobre la base de la existencia en el individuo de un conjunto de requisitos psicológicos y normativos, que permite la atribución subjetiva de una infracción penal al mismo por poseer las condiciones mentales adecuadas y no existir impedimento legal alguno para poder formular contra él el reproche por haber actuado en contra de las exigencias del Derecho pese a haber comprendido la ilicitud del hecho y poder haber actuado conforme a dicha comprensión.

Otros autores, por su parte, acentúan en sus definiciones los dos requisitos que la legislación penal exige para poder hablar de imputabilidad. Dos elementos a los que Welzell (2002)

se refiere como aquel elemento de conocimiento (intelectual) y el otro de voluntad (voluntario): la capacidad de comprensión de lo injusto y de la determinación de la voluntad (conforme a sentido), por lo que no son capaces de ser culpados todos aquellos hombres que no son todavía, o no son ya, capaces de la misma autodeterminación plena de sentido.

También Sánchez-Illera (1996) considera que por imputabilidad ha de entenderse la presencia en el sujeto presunto autor de un hecho delictivo de capacidad intelectual -para valorar el hecho, su licitud o ilicitud- y capacidad volitiva o posibilidad de dirigir la voluntad para evitar la actuación prohibida por la norma penal. Se trata como Lozano (2004) defiende de una capacidad doble en el sujeto para, por un lado, comprender lo antijurídico del hecho determinado por la norma, y por otro, determinarse a dicha comprensión. Por lo que, como afirma Garay (2005), sólo será posible la exigibilidad de conducta adecuada a derecho por no encontrarse alterada de manera relevante la estructura de los procesos psíquicos -cognitivos y afectivos- de la decisión de voluntad que dio lugar a la realización del delito.

Así lo ha entendido Stratenwerth (2005), al afirmar que el primer presupuesto de todo reproche de culpabilidad es que el autor, en el momento del hecho, haya sido capaz de obrar responsablemente: comprender que el hecho no está autorizado y determinarse por esta comprensión, es decir, abstenerse del hecho. También Alhambra y Segura (2001), para quienes la imputabilidad o capacidad de culpabilidad constituye la capacidad penal, es decir, la capacidad de comprender la criminalidad del acto y dirigir las propias acciones hacia el mismo. Y finalmente, Jimenez-Segado (2003) que considera que la imputabilidad hace referencia a la posibilidad de conocer el sentido de los mandatos y prohibiciones del Derecho y de actuar con arreglo a esa comprensión y Butragueño (1999), para quien la imputabilidad es la capacidad para comprender y determinarse o autogobernarse correctamente (lícitamente); en definitiva, la capacidad de ser responsable de los propios actos.

Junto a todos los anteriores, Quintero-Olivares (2010) desarrolla una definición de imputabilidad a través de las causas que excluyen la responsabilidad criminal al señalar que “para el Derecho es imputable quien no sea un enfermo mental, un niño, un drogodependiente profundo o un sujeto sin instrucción” es decir, quien tiene capacidad para comprender el significado del proceso penal. En iguales términos, aunque de forma mucho más amplia, lo hace Martínez-Pereda (1996), para quien es imputable todo sujeto que en el momento de la realización de un hecho típico es mayor de dieciocho años, carece de anomalía o alteración psíquica que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, no está en situación de trastorno mental transitorio, no provocado, previsto o debido prever con propósito delictivo, no se halla en estado de

intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, no buscada de propósito, no se halla bajo la influencia de síndrome de abstinencia a causa de la dependencia de tales sustancias que le impidan comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, y no sufre alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que alteren gravemente la conciencia de la realidad.

Frente a esta concepción de la imputabilidad, encontramos otra constituida por los juristas que en la actualidad parecen estar de acuerdo en la indemostrabilidad del libre albedrío, base como sabemos de la concepción anteriormente citada, y que proponen buscar la esencia de la imputabilidad en la motivabilidad. Así por ejemplo Ordeig (1962), quien tras vaciar de contenido el tradicional principio de culpabilidad y dotarlo de un nuevo significado basado en la prevención general y especial, considera que la imputabilidad constituye una capacidad normal de motivación por la norma, por lo que los inimputables son sujetos inaccesibles a la motivación de la pena. Postura que ya hemos señalado por Mir i Puig (1994), que rechaza el concepto de imputabilidad de la opinión dominante, considerando la misma como la normalidad psíquica, que hace posible una motivación normal del sujeto. Para este autor existen otras causas que excluyen la responsabilidad penal no porque hagan lícito o justifiquen el hecho, sino porque, a pesar de que éste sigue siendo prohibido por la ley penal, su autor lo comete en circunstancias personales de tal índole, que impiden afirmar su imputabilidad o capacidad de culpabilidad. En consecuencia, no cabe imputar el hecho al autor ni culparlo por su actuación, y tampoco imponerle al sujeto no imputable o inculpable la pena señalada por la ley al hecho antijurídico que realiza.

En este sentido, el mismo autor menciona que la falta de culpabilidad o inimputabilidad del sujeto, autor de los hechos, puede proceder de factores individuales o situacionales que como ya hemos comentado son la enfermedad mental y la minoría de edad respecto a los de tipo individuales, y el miedo insuperable como elemento situacional. En una zona media entre lo individual y lo situacional debería tal vez situarse el trastorno mental transitorio

En términos parecidos pero acentuando sólo como esencia de la culpabilidad y de la imputabilidad encontramos la capacidad de *motivación individual ante los mandatos normativos*, que como hemos iniciado al principio del presente apartado se ha subrayado como elemento distorsionado en el paradigma del inimputable. De esta forma encontramos la definición de Conde y Arán (2004) que consideran que tanto los juristas como los profesionales en salud mental dedicados al peritaje conciben la normalidad como la condición que entraña la imputabilidad y presuponen

que implica la condición que el individuo ha alcanzado un cierto grado de madurez psicofísica. Según sus palabras: es culpable aquel que tiene las facultades psíquicas y físicas mínimas requeridas para poder ser motivado en sus actos por los mandatos normativos, por lo que al conjunto de facultades mínimas requeridas para considerar a un sujeto culpable por haber hecho algo típico y antijurídico, se le llama imputabilidad o más modernamente capacidad de culpabilidad, a lo que añaden que el concepto de imputabilidad o de capacidad de culpabilidad es, pues, un tamiz que sirve para filtrar aquellos hechos antijurídicos que pueden ser atribuidos a su autor y permiten que, en consecuencia, éste pueda responder de ellos.

Conlleva también que él, como perteneciente a una comunidad, es susceptible de ser motivado por sus normas y, por ello, su incumplimiento da lugar a una punición a partir del aparato jurídico mediante su sanción correspondiente. El agente la entiende desde el momento en que puede motivarse por la norma. La motivación normativa supone la madurez intelectual suficiente para conocer la antijuricidad, lo que tradicionalmente se denominó conocer el bien o el mal. Actualmente, desde el argot técnico en psicología se le denomina capacidad cognitiva o intelectual, en cuanto a lo que refiere de los recursos intelectuales o de naturaleza cognitiva que se presuponen como normativos en el desarrollo psicoevolutivo para el tipo medio de individuo en sociedad.

Es esta la tesis realizada por Berdugo (2005) que entiende por imputabilidad la suficiente capacidad de motivación, es decir, la capacidad psíquica que se considera necesaria para atribuirle la categoría de responsable de ese hecho antijurídico.

Capacidad psíquica que también es defendida por Toledo, Ubieto y Huerta-Tocildo (1986), quienes amparándose en la finalidad preventiva de la pena a través de la motivación, conciben la imputabilidad como la aptitud psíquica de autogobernar el comportamiento por el temor al castigo (pena) con que en la norma penal se conmina la realización de una cierta conducta. Esto es, capacidad psíquica para inhibirse de practicar la conducta prohibida por la norma penal ante el temor de que se imponga la pena que amenaza la realización de esa conducta. En suma: imputabilidad es motivabilidad (o, si se prefiere, motivabilidad normal) del sujeto respecto de la norma penal.

Gómez-Benitez (2005) por su parte, también postula como fundamento de la imputabilidad la posibilidad de motivar al sujeto por las normas penales y sus sanciones y considera que suele coincidirse en que la imputabilidad penal significa el ser capaz para conocer y valorar el deber de respetar la norma y capacidad de actuar o de determinarse conforme a dicha comprensión.

Espinar (2004), sin embargo, no utiliza una definición positiva de la imputabilidad sino que se refiere a ella *ad sensu* contrario al creer que no será culpable el sujeto si actuó en circunstancias de motivación absolutamente anormales, es decir, no será responsable de sus actos por no ser

accesible a la motivación de la norma, y en consecuencia no habrá tampoco necesidad de pena. Definición que sirve de base a la realizada por Machado-Ruíz y Maqueda-Abreu (2004) quienes consideran que es inimputable el sujeto que no reúna las exigencias de motivabilidad requeridas para hacerle responsable del injusto, porque eran incapaces de comprender el mensaje normativo o de comportarse de acuerdo con esa comprensión.

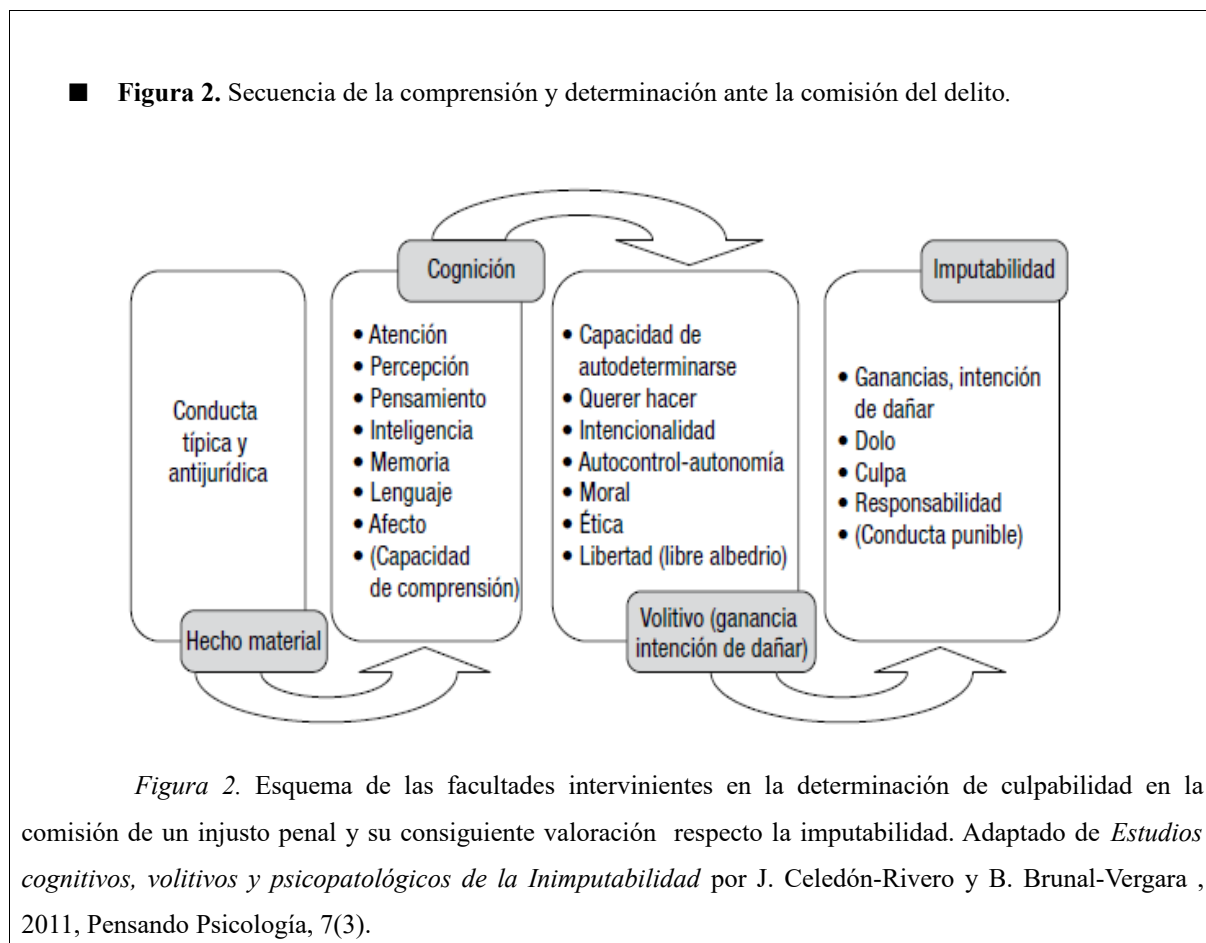
Para concluir, resulta necesario destacar la definición de dos autores referentes de la doctrina alemana. Para Jakobs (2004) la imputabilidad consiste en la competencia de poner en cuestión la validez de la norma; por otro lado, para Roxin (1981) la capacidad de culpabilidad es la capacidad de autoconducción de impulsos psíquicos y la resultante dirigibilidad normativa de un sujeto en una determinada situación.

Como se ha podido comprobar por los discursos doctrinales anteriormente esgrimidos la imputabilidad, invariablemente desde la postura tomada, se llega al consenso que para que se halle ausente se suele exigir que el sujeto que ha realizado tal comportamiento antijurídico -con conciencia y voluntad-, no tenga la capacidad de comprender su significado antijurídico y en consecuencia no pueda dirigir su actuación conforme a esa comprensión. Es decir, cuando el sujeto que ha cometido el acto antijurídico se halla en una situación mental que le impide entender que tal hecho está prohibido por el derecho, y cuando el sujeto además es incapaz de autodeterminarse, motivar su conducta en sentido contrario y de autocontrolarse con arreglo a la comprensión de lo injusto o ilícito del hecho, faltando los elementos de la imputabilidad. No obstante, puede ocurrir que exista la suficiente capacidad de comprensión -inteligencia- y hallarse ausente el elemento de autocontrol según dicho entendimiento -voluntad-.

Cuando la ausencia de culpabilidad falta por los factores individuales señalados se dice que se debe a la ausencia de imputabilidad. Es así como el menor de edad y el enfermo mental, son inimputables. Cabría preguntarse qué tienen en común estos sujetos para que se afirme su inimputabilidad. Sin lugar a dudas, todos coincidirán que en ambos se encuentran en condiciones psíquicas diferentes a las del hombre adulto y normal.

De lo anterior, se puede concluir que la inimputabilidad requiere que al momento de cometerse el hecho delictivo, las personas además de presentar una enfermedad mental y estar relacionada con los hechos, tenga afectadas algunas de las condiciones precitadas: conciencia, inteligencia y voluntad.

Se evidencian de esta forma los criterios para la determinación de la inimputabilidad penal, de acuerdo a la fórmula mixta que exige además de una base biológica -enfermedad mental- una base o efecto psicológico -alteración de la conciencia y voluntad-, la cual se corresponde con el criterio del actual Código penal. Esto quiere decir que no basta con que se demuestre que el autor del hecho presente una enfermedad mental, sino que además ésta se de tal entidad como para afectar sus facultades cognoscitivas y volitivas (Figura 2).



Por tanto, y en concierto con lo anteriormente mantenido, en un sentido puramente disciplinario, la definición psicobiológica podría tratarse del conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas, requerido por las disposiciones legales vigentes, para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquellas (Yáñez, 2002). Este conjunto de condiciones psicobiológicas incluye a) un estadio de madurez mínimo fisiológico y psíquico, b) la plena conciencia de los actos que se realizan, c) capacidad de voluntariedad y d) capacidad de libertad. Estas cuatro condiciones pueden resumirse en que en el momento e la ejecución del hecho el individuo posea inteligencia, discernimiento de sus actos y que goce de la libertad de su voluntad, de su libre albedrío, su capacidad de ser y determinarse. Son pues, la *inteligencia* y la *voluntad*, capacidad cognitiva y volitiva, las bases psicológicas de la imputabilidad penal.

Es bajo esta tesis que algunas personas no son juzgadas como criminales por el sistema de justicia, debido a su condición mental. Esta condición constituye una defensa contra los cargos que se les imputa; el concepto de imputabilidad no rinde atribución y se modifica para dar paso a la razón de *inimputabilidad*.

2.3. La capacidad cognoscitiva y volitiva

Como bien hemos apuntado la imputabilidad es la aptitud de una persona para responder de los actos que lleva a cabo. Dicha aptitud implica la capacidad de comprender lo injusto de un hecho (inteligencia), a la vez que la capacidad de dirigir libremente la conducta (voluntad) (Cabrera y Fuertes, 1997). En esta línea, subsecuentes sentencias del Tribunal Supremo han delimitado que la imputabilidad se operativiza a través de las capacidades cognitivas o volitivas, habiendo de encontrarse anuladas, en el momento de los hechos (*actus rea*), una o ambas para que el individuo sea considerado no imputable (p. e., Sentencia del Tribunal Supremo de España de 22 de abril de 1982, RA 2104).

Por ello, a los psicólogos y a los psiquiatras se nos demanda desde la Sala de Justicia que determinemos, mediante una evaluación, la enfermedad mental del encausado (según la jurisprudencia, evaluación biológica) y, en su caso, cómo afecta a las capacidades cognitivas o volitivas (legalmente, evaluación psicológica) (Arce, Novo, y González, 2014).

Debido a la importancia capital que estas dos capacidades se hallen truncadas para llevar a cabo un juicio de inimputabilidad, y por ende, la debida importancia que debe tener para el psicólogo experto forense para realizar una interpretación psicológica de las mismas, se pasa a desarrollar una definición de ambos tipos de capacidades.

La *capacidad cognoscitiva* hace referencia a la capacidad que un sujeto posee para captar los aspectos de la realidad a través de los sentidos y comprenderlos. Está relacionada con el conocer y es la capacidad de recibir, asimilar, estructurar, relacionar y modificar la información del entorno con los diferentes procesos que utiliza la mente. Lo relevante de esta capacidad en el ámbito penal son las dimensiones psíquicas que dan la posibilidad al sujeto el distinguir la licitud o ilicitud de una conducta. Se refiere a la *incapacidad* para comprender la ilicitud del comportamiento y se concreta en la falta de capacidad para valorar o de juzgar, entendiendo este término como la

facultad de apreciar diferenciadamente los valores y sus magnitudes (Henríquez, 1949). Dicha capacidad para juzgar está comprometida cuando existe un obstáculo para percibir la existencia de los valores o su magnitud. Este obstáculo estaría mediatizado por una alteración cognitiva específica, o la forma particular de dar respuesta a esos valores.

Al respecto, Ruiz (1980) refiere que:

Puede darse el caso de que el sujeto no pueda apreciar el valor, o que apreciándolo no le dé la trascendencia o el alcance que tiene, o le dé un alcance que no corresponde con las pautas de valor ético-social que normativamente lo rigen (p.96)

El sujeto no puede apreciar el valor ya que se le dificulta reconocer el valor mismo, por ende, la no apreciación del valor se ve limitado por tales dificultades. Es decir, si el sujeto posee todo aquello que le permita el suficiente juicio crítico como para valorar si una conducta es dañina, nociva, lesiva, etc. o no lo es (Arribas, 2005).

Un elemento fundamental que establece Mir i Puig (2009) es que estos dos elementos son supuestos alternativos y excluyentes entre sí, en el sentido de que si el sujeto no fuera capaz de comprender la ilicitud del acto (o la omisión) que realiza, poco importa ya la consideración de sus facultades volitivas. Sólo si es comprendida la ilicitud del comportamiento desarrollado, debemos preguntarnos si el sujeto es capaz de actuar de conformidad con aquella comprensión.

Podemos definir desde el Derecho a la *capacidad volitiva* como la aptitud de dirigir voluntariamente nuestra conducta. La voluntad, por su parte, es la facultad de decidir y ordenar la propia conducta. Por tanto, aparece vinculada al libre albedrío y a la libre determinación. Una conducta volitiva refleja la concreción de los pensamientos de una persona en actos. De esta manera, supone la libre elección de seguir o rechazar una inclinación, en una decisión en la que interviene la inteligencia. La voluntad está compuesta por el querer (el apetito) y el desear (la volición). Lo volitivo debe tener un fin, que es consciente y objeto de conocimiento del sujeto. Si la circunstancia en la que, por ejemplo, se ha cometido un delito, no diera al sujeto la posibilidad de controlar su propia pauta comportamental y no se le pudiera exigir otra conducta distinta a la que realizó, sin duda, su imputabilidad se vería modificada (Arribas, 2005).

Celedón-Rivero y Brunal-Vergara (2011) establecen que puede diferenciarse entre la volición (el deseo que es el objeto de conocimiento), la tendencia (el apetito natural determinado por lo orgánico y lo instintivo, carece de un fin racional) y la inclinación (posee un fin determinado, pero no es objeto de conocimiento) (Figura 3). En la voluntad intervienen el apetito y la volición, ya que el acto voluntario es deliberativo (se tiene conocimiento de lo que se está por hacer). En otras palabras: existe una motivación que se genera en el pensamiento y que se somete a una deliberación; con ese conocimiento, el sujeto analiza las posibilidades y concreta el acto en cuestión. El elemento volitivo en la inimputabilidad está relacionado con la capacidad de autodeterminación del sujeto. Es decir, en el inimputable la acción no coincide con la voluntad del individuo dado a la dificultad psicológica, afectiva o conductual.

■ **Figura 3.** La voluntad del inimputable.

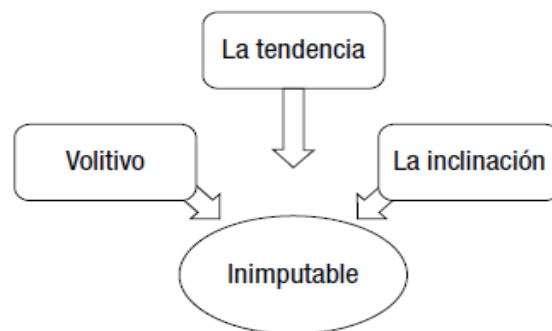


Figura 3. Elementos constitutivos del constructo voluntad en el individuo encausado. Adaptado de *Estudio de factores cognitivos, volitivos y psicopatológicos de la inimputabilidad* por J., Celedón-Rivero y B., Brunal-Vergara, 2011, *Pensando Psicología*, 7(3)

Al enajenado (sujeto con psicopatología) se le dificulta la autodeterminación, ya que desconoce lo que realiza y la voluntad se encuentra comprometida en la medida en que le entorpece decidir y ordenar la propia conducta. Por ende, la libertad y la determinación están sujetas al trastorno psicológico que prevalece como sustento irracional. El sujeto enajenado puede llegar a querer realizar el injusto (el apetito), pero el deseo está enmarcado por la psicopatología (volitivo). El deseo es el impulso, el querer es el acto en sí. Por consiguiente, el fin del enajenado es inconsciente, por tanto, desconoce el objeto. Por tanto, para estos autores, el deseo estaría relacionado con la psicopatología y el querer (acto), con la respuesta que entrega la psicopatología.

Es decir, en el inimputable la acción no coincide con la voluntad del individuo dado a la dificultad psicológica, afectiva o conductual.

Estos autores mantienen que el enajenado actúa sin el conocimiento de los elementos objetivos de la intención (volitivo “dolo”) el querer realizado está en virtud al deseo (la tendencia) que se encuentra vinculado a la psicopatología (delirio, alucinación, disociaciones, etc.) y se llega al hecho material (la inclinación) que no era objeto del conocimiento del enajenado. En resumen, no existirá la figura del dolo, ya que le asiste por parte del enajenado, una nulidad en la intención y no hay una clara voluntad de realizar el hecho típico. En el elemento cognitivo, no sabe y desconoce lo que se hace (“tiempo presente”, hecho material, espacio y tiempo); y en el elemento volitivo, es necesario demostrar que fue llevada por el deseo patológico en la realización del hecho típico.

Siguiendo esta misma tesis, para Pérez-García (1990) para que un acto psicopatológico no sea imputable a un acusado, se requiere que estén afectados uno o más de los condicionantes: yoidad, conciencia, inteligencia y voluntariedad. Podemos incluir los conceptos de *Yoidad, conciencia e inteligencia* dentro de la capacidad cognoscitiva; mientras que en la capacidad volitiva encontraríamos a la *voluntariedad*.

Si queremos comprobar que la persona juzgada ha perdido plenamente su *yoidad*, se debe examinar que exista una desorientación autopsíquica, es decir, el desconocimiento o la ignorancia de su propia identidad. En ocasiones las personas que pueden sufrir una enfermedad pierden el sentido de si mismo, no recuerdan quienes son, su mente no consigue enlazar ni darle sentido al propio ser de la persona (puede darse en las alucinaciones o incluso delirios, etc.).

En relación a la *conciencia*, el acusado puede padecer alteraciones cualitativas y cuantitativas que motiven un estado de obnubilación, confusionismo o ideación percepción patológica, que estrechen el campo en grado suficiente como para desconocer la realidad de los hechos.

La *inteligencia*, por su parte, puede provocar un deterioro en el individuo, un desconocimiento de la diferencia entre lo bueno y lo malo, lo permitido y lo no permitido, entre lo ético y lo moral, en definitiva, el conocimiento necesario para elaborar un juicio lógico de la acción y repercusión de su conducta.

Finalmente, la *voluntad* puede verse cortocircuitada, anulada o disminuida tanto por estados anímicos específicos, generalmente estados de necesidad o emocionales como por alteraciones en la capacidad cognoscitiva (por ejemplo en casos de delirios, alucinación, etc.).

De acuerdo a estas consideraciones, cualquier enfermedad mental o trastorno psíquico que afecte a la inteligencia o a la voluntad, así como cualquier estado temporal de anulación de la conciencia, podría viciar la imputabilidad por principio (Fonseca, 2007). Si realizamos un repaso al Jurisprudencia

La buena praxis del psicólogo forense obliga tomar las precauciones necesarias para realizar un examen de estas aptitudes con el rigor científico requerido y en cumplimiento con las máximas que la disciplina que procesamos así exige. De este modo debemos partir del hecho que es necesario discriminar entre el argot jurídico y el científico forense ya que ambas concepciones parten de dimensiones diametralmente diferenciales respecto a la cosa en cuestión pese que intentan llegar al mismo punto. Este hecho resulta evidente si contemplamos la especialidad jurídica en psicología como un instrumento donde se delinearán los conocimientos específicos de los psicólogos que entrarán en auxilio del Derecho y donde en aras de interpretar de una forma más justa la conducta humana para así sancionarla o no, demandarán diferentes evaluaciones de situaciones específicas de cuyos conocimientos carecen los operadores de justicia (Finol, 2006).

A tenor de esta realidad contemplamos que no siempre existe un entendimiento entre ambas cosmogonías de conocimientos, y los estudiosos de la conducta humana como es el psicólogo, deben ser cautelosos en interpretar los dictámenes que demandan los agentes de justicia al respecto de la capacidad de querer y entender que marcan los códigos. Los psicólogos forenses debemos dar garantías que las respuestas que damos a las preguntas planteadas se dan a la tesón de cierto grado científico (Urra, 2007) y que incluso existirán ocasiones en que la prueba pericial psicológica no podrá resolver las dudas emitidas por los juristas (Cortés y Serrano, 2009). De este modo el prisma legal puede resultar de un cierto maniqueísmo y de un alcance exiguo si sólo contemplamos la voluntad y el raciocinio como únicas piedras angulares de la imputabilidad excluyendo importantes facultades psíquicas como la percepción, la memoria, la afectividad, el pensamiento, la motivación, los aspectos histórico-biográficos del individuo, las deficiencias en el proceso de socialización o la interiorización de valores y motivos (Sierra et al., 2006). Conceptos como la inteligencia pueden variar enormemente en su interpretación ya la apreciamos como una aptitud específica o subconjunto de facultades ([Gardner, 1994](#)), como un producto medible por pruebas como el test de Weschler (WAIS-IV, 2008) o como un proceso neurocognitivo. Y lo más

importante que se extrae de esta circunstancia es que diferentes concepciones del constructo conllevan diferentes maneras de medirla.

Es por ello que alentamos al perito psicólogo a ser precavido y a plantearse que la ciencia psicológica parte de un bagaje teórico mucho más sofisticado que los presupuestos esgrimidos por la doctrina del Derecho, muy posiblemente a razón de permitir un entendimiento asequible para el lego en tal ciencia y facilitar un acercamiento al código, pero recayendo en una concepción del irresponsable criminal rayana en la inocencia epistemológica debido a su simpleza. Es a la postre de todo lo mantenido que el buen profesional responderá a los requerimientos que le demanden los órganos judiciales siempre prestando consideración del hondo calado teórico que el corpus de la Psicología le ofrece.

3. Marco Legislativo. Una aproximación Jurídica a las principales fuentes de inimputabilidad: Su repercusión en el sistema legislativo y su perspectiva desde la reforma penal

3.1. Eximentes como causa de inimputabilidad

La presencia de ciertos trastornos mentales tiene por resultado que un individuo que tenga anuladas las anteriores capacidades se acoja al principio de inimputabilidad, dado que no posee la capacidad para comprender el carácter ilícito del acto delictivo, ni la capacidad de conducencia de acuerdo a un entendimiento de la situación, en virtud de que padece un trastorno mental (Fresán, Tejero, Apiquian, Loyzaga, Garcia-Anaya y Nicolini, 2002a); ejemplo de ello, las esquizofrenias y el conjunto de enfermedades del espectro psicótico, cuadro patológico que el presente tratado ubica su principal foco de interés entre otros fenómenos de carácter psicopatológico.

El supuesto de esta exclusión de pena se basa en la inutilidad del control social punitivo cuando el infractor o delincuente carece de la capacidad necesaria para comprender la ilicitud de lo que ha hecho o para actuar según esta comprensión. La alteración de las facultades psíquicas que inciden en la comprensión de la licitud o ilicitud de un hecho o en la decisión de actuar conforme esa comprensión es o debe ser, por consiguiente, una causa de exención de la responsabilidad criminal, cualquiera que sea después de la medida que haya que adoptar para controlar y tratar, si es posible al individuo que la padece (Muñoz, 1992).

Para hablar de responsabilidad criminal en el marco legal español debemos recurrir a la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Es de obligada necesidad dar aclaración a un error doctrinal que se ha generado cuando se homogeneiza el concepto responsabilidad penal con el de responsabilidad criminal. En vigor a la *Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*, se hace una clara distinción de los dos términos, en cuanto que responsabilidad criminal es cuando hace referencia a persona física, y así lo determina el art. 27 “Son responsables criminalmente de los delitos y faltas los autores y los cómplices”. La responsabilidad penal, en cambio, se refiere a personas jurídicas, como así lo dispone el art. 31.1 bis (LO 5/2010) “las personas jurídicas serán penalmente responsables de los delitos cometidos en nombre o por cuenta de las mismas (...)”. A tenidas cuentas del objeto del presente trabajo al hablar respecto a la inimputabilidad de los encausados recae la evidencia de que nos referimos a la responsabilidad criminal y no a otra.

Aditivamente a estos preceptos, la legislación española presenta otras leyes que serían de interés para entender como estos presupuestos se enmarcan en un contexto legal, tales como: la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo*; la *Ley Orgánica 3/2011, de 28 de enero, por la que se modifica la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General*, así como un *Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*, propuesto por el Gobierno el 24 de septiembre de 2013. Consideramos que constatar que existen otras regulaciones en el dirimir legal de estas casuísticas resulta importante pero no entramos a examinarlas ya que la aportación que realizan es meramente anecdótica o accidental y son pocas las novedades que pueden ofrecer. Por tanto nos constreñiremos al análisis de la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* y su modificación por la *Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio* y su ya mencionada diferenciación entre responsabilidad criminal (para personas físicas) y responsabilidad penal (para personas jurídicas).

Como comentamos previamente, es solo en esta tesitura y en relación a la responsabilidad criminal, en cuanto a las circunstancias que la extinguen, hablaríamos de las denominadas eximentes y en cuanto a aquellas que las modifican serían las mencionadas circunstancias atenuantes y agravantes. El Código Penal en sus artículos 19 y 20 recoge las distintas causas de justificación e inculpabilidad y establece como consecuencia jurídica que en tales casos el autor del hecho no será sancionado penalmente. Sin embargo existe una diferencia esencial entre las causas de justificación y las de inculpabilidad. A la persona que realiza un acto no prohibido (p.e, matar en el ejercicio de un deber) no se le puede imponer ningún tipo de obligación, más a la persona que realice un acto prohibido pero que no se le puede castigar porque no ha sido declarada culpable (p.e, homicidio por un enajenado mental) se le pueden imponer medidas de seguridad porque potencialmente puede cometer nuevas infracciones (p.e, internamiento en un establecimiento psiquiátrico).

Se pasa a examinar las causas más relevantes de exención y para este fin se reproduce textualmente el capítulo I de nuestro actual Código Penal que tiene los epígrafes siguientes (Boletín Oficial del Estado, 1995):

CAPÍTULO II.

De las causas que eximen de la responsabilidad criminal

Artículo 19.

Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código.

Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la Ley que regule la responsabilidad penal del menor.

Artículo 20.

Están exentos de responsabilidad criminal:

1. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.
2. El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
3. El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.
4. El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:
 - a. Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito o falta 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.

- b. Necesidad racional del medio empleado para impedirle o repelerla.
 - c. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.
5. El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:
- a. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.
 - b. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.
 - c. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.
 - d. El que obre impulsado por miedo insuperable.
 - e. El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

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

3.1.1. La minoría de edad

El artículo 19 dispone que: "Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código. Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor".

El Código Penal parte del presupuesto de que el menor de edad no está completamente formado, a diferencia de lo que ocurre con el adulto, y le es exigible una responsabilidad distinta, por eso no se le somete a las prescripciones del Código sino a unas previsiones legales distintas contenidas en la Ley Penal de los Menores, Ley Orgánica 5/2000 de 12 de Enero. En esta Ley se distinguen dos tratamientos distintos: El correspondiente a los menores de 14 años y el correspondiente a los menores de 14 a 18 años.

A los menores de 14 años no se les exige responsabilidad conforme a lo previsto en la citada ley sin perjuicio de que si hubieren cometido un delito se les aplicará las normas sobre protección de menores previstas en la legislación civil y demás disposiciones vigentes (artículo 3).

A los menores de 14 a 18 años se les aplica la ley y, una vez condenados por la comisión de un delito, pueden ser sometidos a distintas medidas que son las siguientes: Internamiento en régimen cerrado, semiabierto, abierto o terapéutico, asistencia a centros de día, permanencias de fin de semana, libertad vigilada, obligación de asistir con regularidad a un centro docente, obligación de someterse a programas formativos, obligación de residir en un lugar determinado, convivencia con otra persona, familia o grupo educativo, prestaciones en beneficio de la comunidad, realización de tareas socio-educativas, amonestación, privación del permiso de conducir ciclomotores o vehículos a motor e inhabilitación absoluta.

La ley penal de los menores atribuye la instrucción de los procedimientos al Ministerio Fiscal y existe un tipo de Tribunales especiales (los Juzgados de Menores) que enjuician este tipo de conductas y controlan la ejecución de las medidas impuestas. También se establece un procedimiento especial y distinto al de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

3.1.1. La enajenación mental

El artículo 20.1 establece 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.

■ **Gráfico 4.** Principales causas de Inimputabilidad.

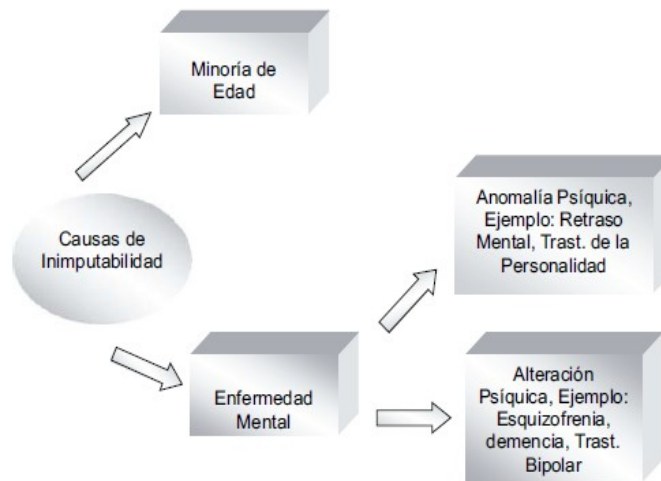


Figura 4. Causas esenciales que conducen al valor de inimputable, destacando al menor de edad no susceptible penalmente y al enajenado no responsable. Adaptado de *Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad* por M. A., Finol, y E., Piña, 2008, Capítulo criminológico, 36(4).

En avenencia a lo estipulado en el artículo 20 por el presente Código, el diagnóstico de esquizofrenia o de perturbación psicótica cumpliría de los condicionantes que se exigen para la eximente de responsabilidad criminal.

Tal y como se establece textualmente, estarán exentos de responsabilidad criminal 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 (BOE, 1995).

Como profusamente se ha divulgado en literatura científica en psicopatología, la esquizofrenia, como enfermedad mental grave, afecta a múltiples funciones psicológicas (percepción, pensamiento y habla, emociones, conducta social) produciendo sintomatología clínica muy diversa. (Caparrós, Barrantes-Vidal, y Obiols, 2001).

En esta amalgama de expresiones mórbidas encontramos síntomas que abolirían o reducirían en una significancia sustancial la capacidad antes argüida para la determinación del concepto de imputabilidad para el individuo psicótico. Un capítulo esencial de la clínica psicótica lo forman los *errores del contenido del pensamiento*, esto es, las *ideas erróneas* o *ideas delirantes* o propiamente *delirios*. Esta grave alteración del pensamiento del esquizofrénico es uno de los más fundamentales marcadores de delictogenia entre este grupo de población de enfermos mentales. La

delusión que puede acontecer en el cuadro de esquizofrenia puede motivar la conducta antijurídica cuando el contenido de este delirio resulta coincidente con el hecho criminal. Las ideas delirantes pueden estar relacionadas cuando no provocadas por las *alucinaciones*, una disrupción perturbada de la senso percepción, siendo las más características las *alucinaciones auditivas*; los esquizofrénicos oyen voces, voces que dan órdenes y gobiernan o invitan al suicidio, que transmiten mensajes en clave o misiones superiores, y que con frecuencia, insultan y murmuran sobre el paciente (Obiols y Obiols, 1989) siendo éste último un correlato habitual del contenido delirante de tipo *paranoide*, correlacionado con frecuencia con la motivación criminal en determinadas circunstancias en individuos con dicho trastorno.

Los *trastornos de la conducta* pueden tratarse también de un foco de impulsión criminológica en estos enfermos que realizan una afrenta legal en los casos más severos. Entre esta tipología de conducta trastornada, también denominada como *desorganizada* debido a la carencia de una motivación lógica, desembocaría en una conducta extraña o inusual. Bajo este tipo de alteración estos individuos se pueden ver inmersos en una agitación desenfrenada, una actividad de naturaleza maniforme y desaforada, pudiendo derivar desde una conducta notoriamente impulsiva (dilapidación de capital en compras de manera compulsiva, juegos de azar, bebidas alcohólicas u otros reforzadores inmediatos por el estilo) hasta entrar en constante disputa con los vecinos, infringir las normas sociales de convivencia o las leyes, hasta en ocasiones, aunque cabe advertir que más raramente, cometer faltas de juicio o de sentido común, hasta incidir en agresiones de diversa índole, violar y matar (Obiols, 2008).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, resulta ostensible en que sentido la capacidad intelectual del conocimiento ilícito en materia antijurídica y la capacidad volitiva de obrar bajo un principio de propia voluntariedad, se pueden ver abolidos o gravemente mermados en estos sujetos. Es a esto que el esquizofrénico, a menos que se pueda demostrar lo contrario, deberá estar sujeto al principio de inimputabilidad.

Pese a ello, cabe ser cauteloso y saber valorar las condiciones debidas y necesarias en todo contexto de esta enfermedad para determinar la condición de inimputabilidad en el acontecimiento de la acción criminal.

Los contenidos de consciencia patológicos no son fijos ni constantes, es por eso que no siempre existe relación entre el daño producido y el que el agente piense que puede causársele, aún siendo este pensamiento la consecuencia de su enfermedad o la enfermedad misma. La realidad clínica es muy distinta, solamente cuando los delirios se sistematizan presentan dicha fijeza, y por

supuesto y de forma más intensa, cuando se encapsula. Mientras esto no sucede, y en las fases agudas, iniciales o prodrómicas del trastorno en que estas ideas suelen ser más inconexas y faltas de estructuración, el individuo es portador de lo que se ha denominado *temple delirante* y, desde esta actitud, la temática delirante cambia. Será más frecuente ante alteraciones, no tanto de esencial esquizofrenia, sino en trastornos de sintomatología esquizofreniforme con un aparato delirante como eje vertebral del cuadro, donde podríamos objetivar delirios más rígidos y mejor elaborados que puedan terciar con un razonamiento de cómo se originó el acto delictivo. Es en estas circunstancias deberemos tener en cuenta si el contenido delirante coincide de modo alguno con la conducta criminal, contrariamente si no se diera coincidencia se daría valor de imputabilidad (Esbec y Echeburúa, 2016a).

Además, no siempre la patología entraña una conducta. Realmente la conducta, antijurídica o no, ha pasado antes por la *consciencia* (capacidad cognoscitiva) y solamente cuando es capaz de vencer los mecanismos de inhibición (condicionamientos en términos generales) deviene conducta. Resulta plausible como se viene comentando, que el individuo con sintomatología psicótica posea de mayor facilidad a desinhibirse de estas contenciones psicosociales a razón de los factores que le vienen condicionando desde su enfermedad (Vilanova y Llandrich, 2003).

Cuando realizamos una valoración forense donde adviene un caso de enfermedad psicótica, entre las variables a considerar toma especial relieve el *patrón temporal* o *curso* de los síntomas. Si las variables que se operativizan como eximentes viene en gran medida referidas a clínica productiva, la inimputabilidad provendría cuando concurriera en forma de *brote* o *fase activa* de la enfermedad, donde típicamente estará dominada por los síntomas positivos de la psicosis, esto es, ideas delirantes, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento, conductas bizarras y extravagantes, trastornos motores etc. Será necesario indagar si el individuo se encontraba durante un periodo productivo cuándo se produjo el hecho para facilitar la determinación de su imputabilidad y sobre ello, su responsabilidad en el crimen.

No olvidemos que los avances obtenidos en tecnología farmacológica son profusamente eficaces para paliar muchos de los aspectos de la sintomatología esquizofrénica. Los antipsicóticos o neurolépticos son considerados de utilidad máxima en los brotes agudos, o exacerbaciones de cuadros crónicos dada su eficaz acción sobre las ideas delirantes, alucinaciones, hiperactividad, desorganización conceptual y demás síntomas relacionados (Echeburúa y Loinaz, 2011). Resulta evidente que el individuo bajo tratamiento neuroléptico y existiendo un proceso de *remisión*, constatada la efectividad psiquiátrica en su cuadro, se vea exento de las eximentes de

responsabilidad criminal en el supuesto que se cometiera una actividad delictiva en el lapso de efecto farmacológico de toma del antipsicótico. Se hace patente la necesidad de comprobar esta circunstancia en cuanto la valoración de la imputabilidad en la comisión criminal del sujeto con esquizofrenia. Pero en gran medida, este tipo de pacientes son los más refractarios a estar sujetos a un tratamiento por fármacos ([Brekke, Prindle, Bae, y Long, 2001](#)).

Los estudios han demostrado cómo la capacidad intelectual del que adolece de enfermedad psicótica decrece a partir de la cronificación del síndrome (Velthorst et al., 2016), algo que puede invitar a pensar que podría ser un factor precipitante de conducta criminal, posiblemente por generar una reducción de la inteligibilidad de la naturaleza antijurídica del crimen. Contrariamente, el declive en los recursos intelectivos y cognoscitivos en estos individuos se produce en un periodo defectual incongruente con un potencial delictivo. Pese a ello, la comisión criminal en estas esquizofrenias residuales donde se produce la mayor constatación de sintomatología negativa, la imputabilidad estará en razón inversa al grado de deterioro producido, oscilando entre la semi imputabilidad y la inimputabilidad.

No es el trastorno psicótico el único digno de mención en este apartado, también encontramos otras alteraciones psiquiátricas como los trastornos de la esfera neurótica, trastornos del afecto o estado de ánimo así como las psicopatías o trastornos de la personalidad, entre otras. No realizamos mayor incisión en ellas en el presente punto ya que su papel mayormente viene dado por su figura como *exención incompleta* o *atenuantes analógicas* en su contraste con la prototipicidad con la inmadurez psicológica, normalmente entendida como la minoría de edad y la deficiencia intelectual, y la enajenación mental, representada clásicamente por los cuadros de naturaleza psicótica. La Jurisprudencia ha establecido una especie de escala, atendiendo a las consecuencias jurídicas, en orden a la pena resultante, de la conducta: los supuestos extremos conducen a la apreciación de la eximente, los menos graves a la atenuación privilegiada por medio de la eximente incompleta y los más leves a la atenuación simple, a través de la atenuante analógica. Las referencias que tenemos de estas fenomenologías como causas de modificación de la responsabilidad ante un hecho típico nos vienen dadas accidentalmente desde la Jurisprudencia y resultan subsidiarias a las causas primarias ya mencionadas. En resumen y de acuerdo con la revisión de Carbonell, Gómez, y Mengual (1987), la no imputabilidad se establece, salvo casos anecdóticos, en función de la enajenación mental, esto es, la paranoia, esquizofrenia y el Trastorno Mental Transitorio al que subyazga alguna de estas dos enfermedades. Estas circunstancias análogas presentan unas limitaciones incomparablemente más extensas e intensas que en el resto del Derecho

Objetivo, a debidas cuentas que el Tribunal Supremo (S.T.S. 3 de febrero de 1995) viene exigiendo que para poder apreciar ésta que la misma guarde relación, según las reglas generales admitidas para la interpretación analógica, con alguna de las atenuantes específicas en concreto, como ya se ha venido comentando. Tales vicisitudes serán tratadas con más rigor y profundidad en el siguiente punto del presente trabajo.

3.1.3. La intoxicación plena por consumo de alcohol y drogas o la actuación bajo el síndrome de abstinencia

A tal efecto, en el artículo 20.2 se declara exento de responsabilidad criminal a quien "al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión".

Como contempla el segundo punto del artículo anteriormente comentado para el concepto de anomalía psíquica, la integración de este fundamento de eximente criminal se somete a la exigencia de que el individuo se encuentre bajo el efecto toxicológico de una serie de sustancias. Lo que especifica más detalladamente la necesidad del condicionante que no se consuma bajo una intención criminal o bien que *no se hubiese previsto o debido prever su comisión*. Es en esta categoría donde incluimos las *psicosis toxicofrénicas de origen exógeno*. La intoxicación por sustancias como el cannabis, la cocaína o el LSD entre otros, puede generar un cuadro inducido de pseudo psicosis de etiopatogenia disímil no endógena que reproduzca la clínica de naturaleza esquizofreniforme. Es siempre considerado su inimputabilidad cuando al mismo modo que el trastorno esquizofrénico, al sujeto se *le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión* tal y como se indica en el mismo epígrafe. También existe una proporción relevante de estos enfermos que inician el cuadro a partir de un consumo de estas sustancias, tratándose dicho consumo como un factor precipitante para el trastorno que se consideraba larvado en la persona, y encontrándonos con elevada frecuencia en estos individuos su abuso.

El espectro psicótico no es el único tipo de expresión patognomónica que hallamos en la producción patológica por consumo de estupefacientes, aunque si resulta más relevante su mención por su interés forense y criminológico.

3.1.4. Miedo insuperable

Aun cuando existen divergencias sobre si una situación de miedo insuperable es causa de justificación o inculpabilidad, lo cierto es que el artículo 20.6 del Código Penal establece la exención para quien "obre impulsado por miedo insuperable". Para la apreciación de esta eximente no basta la mera inquietud, el temor reverencial ante quien se debe respeto o el temor a desagradar a ciertas personas. Es necesario que exista una situación potencialmente dañosa grave, inminente y real que produzca una perturbación del ánimo invencible. No cabe invocar miedo insuperable cuando el mal que atenaza la voluntad sea una actividad lícita (como por ejemplo, el miedo a ser detenido por la policía) y no es necesario que el mal que provoca la situación de pánico o miedo sea más grave que el que se causa con la acción.

3.2. Eximentes como causa de justificación

Entendemos por causa de justificación todas aquellas circunstancias o situaciones en virtud de las cuales se produce la exclusión de la antijuridicidad, o ilicitud de la conducta típica. En ocasiones las causas de justificación implican un derecho o una facultad a favor del sujeto, a través del cual se excluye la antijuridicidad de la conducta típica que se haya realizado. En otros casos se basan en deberes jurídicos, lo que significa que existe la obligación jurídica de realizar el hecho típico, pero éste se encuentra justificado. La causa de justificación no implica que la conducta deje de ser típica sino que se hablará de conducta típica justificada.

En definitiva, las causas de justificación son los eximentes que eliminan o excluyen el juicio de antijuridicidad de la conducta, en principio, típica. A las causas de justificación también se las denomina causas de exclusión de la antijuridicidad o del injusto.

Se cita textualmente el artículo 20 del Código Penal donde vienen reguladas (BOE, 1995):

Artículo 20

Están exentos de responsabilidad criminal:

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

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

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

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

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

Primero. Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminentes. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquélla o éstas. Punto primero del numeral 4.º del artículo 20 redactado por el número trece del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015.

Segundo. Necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla.

Tercero. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

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

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

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

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

6.º El que obre impulsado por miedo insuperable.

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

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

3.2.1. La legítima defensa

El Código Penal en el artículo 20.4 considera justificada una acción y establece la exención de responsabilidad criminal al que "obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes: 1) Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito o falta 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. 2) Necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla. 3) Falta de provocación suficiente por parte del defensor".

3.2.2. Estado de necesidad

También se declara exento de responsabilidad penal (artículo 20.5) a quien: en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos: 1) Que el mal causado no sea mayor que el

que se trate de evitar. 2) Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto. 3) Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse (BOE, 1995).

3.2.3. Cumplimiento de un deber, oficio o cargo

En la misma línea se declara la exención (artículo 20.7) de quien "obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo".

3.3. Otras circunstancias modificativas: eximentes incompletas o atenuantes y agravantes.

No siempre se puede afirmar que concurre plenamente una **eximente** y es frecuente que el Tribunal considere que no se cumplen todos los presupuestos. En tal caso no será procedente la exención de pena sino una atenuación, que puede llegar a ser muy relevante en cuanto que el Código prevé en el artículo 68 una reducción de pena de uno o dos grados.

Así se cita textualmente el Artículo 21 del Código Penal donde vienen dadas las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal que atenuan la pena (BOE,1995) donde se establece que:

CAPÍTULO III

De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal

Artículo 21

Son circunstancias atenuantes:

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

2.^a La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.

3.^a La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebató, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

4.^a La de haber procedido el culpable, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra él, a confesar la infracción a las autoridades.

5.^a La de haber procedido el culpable a reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la celebración del acto del juicio oral.

6.^a La dilación extraordinaria e indebida en la tramitación del procedimiento, siempre que no sea atribuible al propio inculpado y que no guarde proporción con la complejidad de la causa. Circunstancia 6.^a del artículo 21 introducida en su actual redacción por el apartado primero del artículo único de la L.O. 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 23 junio). Vigencia: 23 diciembre 2010.

7.^a Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.

Circunstancia 7.^a del artículo 21 renumerada por el apartado primero del artículo único de la L.O. 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 23 junio). Su contenido literal se corresponde con el de la anterior circunstancia 6.^a. Vigencia: 23 diciembre 2010.

La primera de las atenuantes en el artículo 21 hace referencia a las causas expuestas en el artículo 20, dándose el caso de que falte alguno de los requisitos que eximan la responsabilidad, siendo entonces una semi-imputabilidad o eximente incompleta; debe darse la situación de que falte alguno de los elementos no esenciales que contempla ese artículo y en este caso, los beneficios son mayores, es decir, se permite una atenuación mayor de la pena que en el resto de atenuantes. Según Tiffon (2008), se deben valorar los efectos psicológicos que sobre el individuo y la acción concreta en relación con su alteración para que se determine tal atenuación jurídica. Como indica el autor cabe considerar que la respuesta social que se origina ante un sujeto determinado y autor material de

un hecho concreto, debe individualizarse con arreglo a las capacidades presentes en cada individuo y en su relación dinámica con unos hechos determinados.

Nos interesa muy especialmente en relación con la enajenación mental donde el Tribunal, atendidas las características del autor en el momento del hecho, puede valorar que la capacidad de comprensión y actuación no estaba limitada de forma plena, por lo que puede denegar la exención y aplicar la eximente de forma incompleta. Se daría en el caso de que concurriendo los elementos esenciales de éstas no lo hagan todos aquellos requisitos que, aunque secundarios, son precisos para determinar la exención de responsabilidad criminal.

Las circunstancias *atenuantes ordinarias* (adicción al alcohol y drogas, estados pasionales, confesión de la infracción, reparación del daño, dilaciones procesales extraordinarias e indebidas y otras circunstancias de análoga significación) no permiten una disminución de la pena de tanto alcance como en el caso de la eximente incompleta.

En el caso de la legítima defensa el problema suele plantearse generalmente en relación con la proporcionalidad del medio empleado para la defensa. Si existe una desproporción en función de las circunstancias concretas de cada caso, el Tribunal puede aplicar la eximente incompleta. Es criterio jurisprudencial reiterado que el medio empleado para impedir o repeler la agresión debe ser racionalmente necesario. Teniendo como presupuesto una agresión antijurídica y actual, la acción de defensa del agredido debe ser necesaria, lo que debe juzgarse según baremos objetivos, es decir, es necesaria la defensa que se tiene como tal por un observador objetivo en la posición del agredido en el momento de la agresión. Además la jurisprudencia ha utilizado a menudo el criterio de *paridad de armas* para establecer la racionalidad de la defensa, aunque en esa situación lo fundamental no es que los medios de agresor y agredido sean equivalentes sino si los medios utilizados por el agredido eran proporcionados para la defensa y si podría haber utilizado otros menos lesivos. Por tanto, la extrema desproporción puede considerarse como no legítima.

En relación con el estado de necesidad también la proporcionalidad tiene un juego importante, en tanto que antes de lesionar un bien jurídico para evitar la situación de necesidad deben buscarse los medios menos lesivos y se puede discutir hasta qué punto era necesario o no cometer un delito para evitar el mal, que debe ser, además, actual, inminente y grave, cuestión también susceptible de valoración. Conforme a la doctrina jurisprudencial la valoración de esta eximente debe hacerse mediante la ponderación de los intereses en juego, de forma que el estado de necesidad tendrá efecto exculpante cuando el bien sacrificado es de menor entidad que el bien salvado, planteando problemas en estas circunstancias cuando los bienes en conflicto son de similar equivalencia y cuando el bien salvado es de menor significación que la lesión producida.

En cuanto al cumplimiento del deber, oficio o cargo el problema se sitúa en ocasiones en la proporcionalidad en el cumplimiento. Habrá de valorarse en cada caso si tal uso estaba o no justificado y si podía haber acudido a otras formas de compulsión menos lesivas. También se cuestiona la aplicación de esta eximente en relación con el cumplimiento de órdenes manifiestamente antijurídicas o cuestionables desde esta perspectiva, lo que puede conducir a la aplicación de esta eximente de forma incompleta.

Lo mismo ocurre respecto del miedo insuperable, situación en la que puede valorarse si la situación de tensión justifica de modo completo la respuesta del autor.

Por otro lado, el Código también explicita las circunstancias que pueden *agravar* la pena. Se tratan de aquellas circunstancias accidentales al delito y concurrentes con la acción delictiva que producen el efecto de modificar la responsabilidad criminal del sujeto determinando un mayor quantum de pena por representar una mayor antijuridicidad de la acción y/o un plus de culpabilidad en el agente.

Estas circunstancias agravantes vienen reguladas en el artículo 22 del Código Penal (BOE, 1995) que determina que:

Artículo 22:

1^a Ejecutar el hecho con alevosía. Hay alevosía cuando el culpable comete cualquiera de los delitos contra las personas empleando en la ejecución medios, modos o formas que tiendan directa o especialmente a asegurarla, sin el riesgo que para su persona pudiera proceder de la defensa por parte del ofendido.

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

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

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

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

6.^a Obrar con abuso de confianza.

7.^a Prevalerse del carácter público que tenga el culpable.

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

También se establece como circunstancia que modifica la responsabilidad criminal el tipo de relación de parentesco (BOE, 1995):

Artículo 23:

Es circunstancia que puede atenuar o agravar la responsabilidad, según la naturaleza, los motivos y los efectos del delito, ser o haber sido el agraviado cónyuge o persona que esté o haya estado ligada de forma estable por análoga relación de afectividad, o ser ascendiente, descendiente o hermano por naturaleza o adopción del ofensor o de su cónyuge o conviviente.

Esta circunstancia calificada como mixta y expuesta en el artículo 23, en unos casos es motivo de incrementar la pena (agravante) o de disminuirla (atenuante), dependiendo del parentesco.

Así, estas circunstancias influyen de forma diferente ya sea a la antijuricidad, la culpabilidad y la punibilidad. Cuando es llevado a cabo un delito antijurídico, la pena puede verse afectada por las circunstancias que tanto agravan como atenúan; en cambio cuando afecta a la culpabilidad no se establece una circunstancia agravante, es decir no aumenta la pena. El concepto de culpabilidad responde a un juicio de atribución sobre el hecho delictivo, de manera que aun existiendo alguna circunstancia catalogada como agravante la culpabilidad no aumenta, si lo haría

en términos de antijuricidad o de punibilidad, en cuyo caso si podría verse influida por un agravante si así se dan las circunstancias.

3.4. Efectos de los eximentes sobre la pena

Dejando al margen la problemática de los menores de edad que, como se ha expuesto, se aborda en la Ley Penal de los Menores, las circunstancias eximentes producen efectos muy relevantes sobre el resultado de un proceso penal. En esta línea, existen circunstancias modificativas de esa responsabilidad, en referencia a la intensidad y la graduación con la que se presenten. Así, la ley establece taxativamente cuáles son las circunstancias que agravan o atenúan la pena, según el mayor o menor alcance de deterioro en el que las facultades intelectuales y volitivas se presenten. La responsabilidad será *eximida completamente* en los casos en los que las capacidades del individuo se encuentren anuladas en su totalidad, por lo que éste no actúa con libertad (no sabe lo que hace ni lo que quiere). Como se viene comentando la consecuencia jurídica en este caso es la absolución del acusado sin perjuicio de que en algunos casos pueda ser sometido a medidas de seguridad y se pueda establecer una indemnización civil por los daños y perjuicios causados.

Pero también es posible que el Tribunal estime que no concurre la circunstancia eximente de forma completa, que no se cumplen todos los presupuestos previstos en cada caso. Estamos en presencia de las que como ya hemos comentado eximentes incompletas que permiten al Tribunal aplicar la pena correspondiente al delito en uno o dos grados, atendidos el número y la entidad de los requisitos que falten o concurran y las circunstancias personales de su autor (artículo 68, en relación con el artículo 21.1). De esta forma cuando las facultades se encuentran alteradas de forma parcial, habrá una *eximente incompleta*, pudiendo sustituirse la pena por otra medida, o un *atenuante*, donde se aplica la pena en grado mínimo.

Además en el caso de la drogadicción y alcoholismo el Tribunal puede valorar el grado de influencia en el momento de cometer el hecho y establecer hasta cuatro consecuencias distintas: En el caso de eximente, procedería la absolución, en el caso de eximente incompleta la rebaja de pena en uno o dos grados, también puede ser considerada una atenuante privilegiada con rebaja de la pena en uno o dos grados si no concurren circunstancias agravantes, o puede ser considerada una atenuante ordinaria.

3.5. Aplicación de medidas de Seguridad.

Las medidas de seguridad son la consecuencia jurídica establecida para aquellos sujetos que han puesto de manifiesto su peligrosidad con un comportamiento delictivo, pero del que no pueden ser culpables. Son un mecanismo complementario a la pena y suponen, como ésta, la previa realización de un hecho previsto en la ley como delito. Comportan, como la pena, una restricción de derechos y son impuestas, al igual que la pena, de conformidad con lo previsto en la Ley, por los órganos de la jurisdicción penal. Esto es debido a que la inimputabilidad del acusado con frecuencia se incorpora en el diagnóstico un *pronóstico de peligrosidad* (Tiffon, 2008).

Una resolución judicial carcelaria sobre un no imputable no sólo es legalmente reprochable, al responsabilizar de los hechos a una persona que no lo es, e ineficaz, al no proporcionar el tratamiento adecuado al encausado, sino que también es contraterapéutica ya que no facilita, sino todo lo contrario, el tratamiento y reinserción social del encausado (Arce, Novo y Amado, 2014).

Lo que diferencia claramente la pena de la medida de seguridad es su fundamento; como ya hemos dicho, la *culpabilidad* en las penas, la *peligrosidad* en las medidas de seguridad

Artículo 96

1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

2. Son medidas privativas de libertad:

1.^a El internamiento en centro psiquiátrico.

2.^a El internamiento en centro de deshabitación.

3.^a El internamiento en centro educativo especial.

3. Son medidas no privativas de libertad:

1.^a La inhabilitación profesional.

2.^a La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.

3.^a La libertad vigilada

4.^a La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

5.^a La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

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

Si el sujeto es considerado totalmente irresponsable por aplicación de la eximente completa del art. 20.1, a este le corresponde la imposición de una de las medidas de seguridad previstas atendiendo a los artículos 96.2 y 101.1, donde se especifican las diferentes modalidades que existen; el art. 105 donde se especifica el tiempo obligatorio de cumplimiento de tales medidas; el art. 106 que explica el funcionamiento de la medida de libertad vigilada; el art. 107 en el cual se decreta la inhabilitación en diferentes ámbitos siempre que sea pertinente; y el art. 108 donde se decretan posibles medidas a tomar con los extranjeros residentes en España

En esta línea el concepto de peligrosidad cobra relevancia en el sentido de aplicar medidas alternativas a aquellos que, por ejemplo presenten una alteración psíquica y no poseen las capacidades necesarias para asumir la responsabilidad penal; de esta manera aun siendo inimputables debe aplicárseles una medida como por ejemplo, el internamiento en un establecimiento psiquiátrico (Cana, 2006a).

Como criterio general debe destacarse que las medidas de seguridad que pueden imponerse a determinada clase de personas a las que se ha aplicado una eximente no son obligatorias, ni existe un tipo de medidas que necesariamente deben cumplirse como castigo o prevención por el hecho. El Juez en cada caso establecerá las medidas sólo si son estrictamente necesarias.

3.5.1. Enajenados

Debido a la peligrosidad de la persona que ha cometido un delito en situación de enajenación mental, la ley penal faculta al Juez para someterle a tratamiento psiquiátrico o para adoptar otras medidas contempladas en el artículo 96 del Código Penal (inhabilitación, expulsión, obligación de residir en lugar determinado, custodia familiar, prohibición de conducir vehículos, de tenencia de armas etc.

En tal sentido en el caso de existir anomalías psíquicas o trastorno mental transitorio el artículo 101.1 del Código Penal dispone (BOE, 1995) que:

1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3.5.2. Intoxicación por alcohol, drogas o delitos cometidos bajo el síndrome de abstinencia

Para las personas que hubieren cometido el delito por grave intoxicación de alcohol, drogas o en situación de síndrome de abstinencia el Código prevé la medida de internamiento en centro de deshabitación y las demás medidas antes comentadas y previstas en el artículo 96.3.

A este respecto el artículo 102 del Código Penal (BOE, 1995) dispone lo siguiente:

1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3.5.3. Alteraciones en la percepción

A los que hubieren sido absueltos por tener graves alteraciones en la percepción la medida de seguridad imponible es el internamiento en centro educativo especial y así el artículo 103 dispone (BOE,1995) que:

1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3.º del artículo 20, se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en un centro educativo especial o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado tercero del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3. En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 98 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza.

3.6. Responsabilidad Civil.

Las personas declaradas exentas de responsabilidad penal, salvo excepciones, deben reparar civilmente el daño causado y a ello se refiere específicamente el artículo 118 del Código Penal. En el caso de enajenados y personas con alteraciones en la percepción, deben responder ellas mismas y las personas que los tengan bajo su potestad o guarda legal, siempre que hubiere mediado culpa o negligencia grave. En el caso de estado de necesidad responderá civilmente la persona en cuyo socorro haya actuado el autor. En el caso del miedo insuperable responderá quien lo haya causado y, en su defecto, el autor del hecho. En cambio, no se responderá civilmente en los supuestos de legítima defensa y cuando se obre lícitamente en el ejercicio de un deber, oficio o cargo.

4. Aspectos psicológico-forense de la responsabilidad criminal: implicaciones de los principales cuadros psicopatológicos y otras casuísticas en la inimputabilidad

4.1. Consideraciones preliminares en la valoración psicológico-forense de la inimputabilidad: sobre criterios esenciales y clasificaciones nosotógicas en psicopatología forense

El término de inimputabilidad alude de una manera u otra a la existencia de alguna psicopatología o disfunción del *estatus* psíquico (Tiffon, 2008). Es por ello, y como profusamente hemos comentado, la inimputabilidad es la incapacidad para valorar la trascendencia del comportamiento o hecho que se realiza como también la incapacidad de regular la conducta según las exigencias del derecho debido a inmadurez psicológica o trastorno mental (Agudelo, 2007). La consecuencia legal es la exclusión o la parcialidad de un pronunciamiento de condena con respecto al imputado al que se hace referencia.

Tal y cómo indican Finol y Piña (2008) es indudable que con el término anomalía psíquica donde concurre esa inimputabilidad, se refiere a un concepto y a una realidad que corresponde al campo de la psicología y la psiquiatría. En consecuencia, los especialistas de estas disciplinas serán los idóneos para determinar la existencia, los síntomas, los efectos de dicha enfermedad, y su influencia en el hecho cometido, a través de sus métodos y técnicas de evaluación, que son diferentes en cada caso. De esta forma, el profesional de la psicología forense podrá responder al juez todas sus preguntas, pudiendo éste valorar la conducta de la persona a la luz de los dispositivos legales. Así pues, nuestro tratado se centrará únicamente en aquellas circunstancias que modifican la responsabilidad criminal y son objeto de estudio por parte de la Psicología, es decir, aquellas relativas a la salud mental.

Antes de entrar plenamente en materia cabría realizar una serie de anotaciones preliminares que nos permitan adecuar el terreno al entendimiento y que nos permitan dilucidar que criterios se deben cumplir para garantizar que una afección psíquica ampara las condiciones suficientes para eximir de responsabilidad ante la comisión de un tipo delictivo.

El trastorno o disfuncionalidad psíquica ha de reunir unos criterios esenciales, los cuales se definen seguidamente (Monasterio y Tiffon, 2006):

a. *Criterio cualitativo*: por cuya anomalía o alteración psíquica, y, por tanto su diagnóstico categorial, ha de afectar los elementos integrantes de la imputabilidad penal que son la capacidad de conocer, cognitiva o inteligencia y la capacidad de determinarse de acuerdo con su voluntad. Considerándose como realmente importante a efectos de la imputabilidad del encausado, su grado de afectación de estas dos funciones psíquicas en el momento de la comisión del delito.

b. *Criterio cuantitativo*: el criterio cuantitativo es operativo a todos sus efectos cuando es justificable que el grado de afectación en su estatus psíquicos es completa y absoluta que provoca la mengua significativa de sus capacidades cognitivas o volitivas, es decir, que el imputado se ha de hallar privado de modo total y completo de la inteligencia y de la voluntad. Es decir, el trastorno mental ha de ser de tal dimensión que el sujeto está en incapacidad de elaborar una representación psíquica de su ilicitud o de elegir alternativas de actuación al tenor de su inteligibilidad (Trespalacios, 2005).

c. *Criterio cronológico*: se trata de la coincidencia de estado supuestamente patológico con la materialización de los hechos imputados.

Llegado a este punto el psicopatólogo forense debe repasar la presencia o no de estos criterios fundamentales y, pese que existe un cierto consenso por parte de los juristas de cuales son los cuadros primordiales que eximen de la carga punitiva asociada al delito, hecho que bien es reflejado en la Jurisprudencia, la realidad es que en nuestro código no existe una lista fija de trastornos a la que recurrir cuando se valora la inimputabilidad. De este modo es cuando se vuelve necesario el uso de las *clasificaciones taxonómicas*.

En este sentido, la utilización de manuales como el DSM o el CIE pueden ser de gran utilidad, ya que definen los criterios necesarios para llegar al diagnóstico de una determinada enfermedad mental (Adam, 2015). Mediante esta tecnología clasificatoria efectivamente podemos realizar un análisis de las anomalías y alteraciones psíquicas que más comúnmente suelen darse, pero debemos tomar las debidas precauciones. Y es que no debemos olvidar que el dictamen pericial no finaliza con un psicodiagnóstico conforme a las categorías nosológicas internacionales (DSM o CIE), sino que la psicopatología detectada debe ponerse en relación con el asunto jurídico demandado, como así ya hemos comentado y ha venido reiterándolo la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS de 1 de junio de 1962 -RJ 1962/2502-). Por otro lado, determinados conceptos

jurídicos, como el trastorno mental transitorio, no tienen traslación directa a los sistemas diagnósticos utilizados en la clínica (Fernández-Ballesteros, 2006).

Es importante considerar que no tan relevante es la presencia o no de una anomalía o alteración psíquica sino el efecto psicológico que esta produce. Por ello el abordaje de la psicopatología en el ámbito forense debe ser descriptivo y funcional antes que categorial. No hay que obviar que puede existir una sobrevaloración y mal uso de las etiquetas diagnósticas en el contexto forense por lo que aconsejan la reducción, en la medida de lo posible, de su utilización. En este mismo sentido la Asociación Psiquiátrica Americana aconseja prudencia en el contexto forense en cuanto al uso del DSM. Por ello, la utilización de etiquetas diagnósticas ni es imprescindible ni necesaria en la mayoría de las intervenciones forenses (Delgado, Miguel, y Bandrés, 2006).

Pese a todo no podemos ignorar que los sistemas nosológicos resultan muy prácticos no sólo como instrumentos clasificatorios sino también como vehículo comunicativo entre profesionales en salud mental y juristas, donde las etiquetas diagnósticas sirven al propósito de precipitar el entendimiento de un contenido clínico y facilitan el ejercicio al articularse como una guía orientativa en el desempeño pericial.

Por este motivo pasamos a exponer los criterios clínicos necesarios que se establecen desde el DSM-IV-TR (APA, 2002) y DSM-V (APA, 2013), sistemas de referencia por unanimidad en nuestro contexto profesional, para el diagnóstico de los cuadros de mayor envergadura y prominencia por sus implicaciones forenses así como consideraciones criminológicas de interés en cada caso .

4.2. Principales trastornos mentales en relación con la inimputabilidad.

Se considera que el término anomalía psíquica mencionado en el artículo anteriormente transcrito, es bastante amplio, debido a que hace alusión a cualquier perturbación de la actividad mental, es decir, dicho término incluye tanto la definición de alteración, referida a defectos o disfunciones congénitas o precozmente adquiridas, por ejemplo: retraso mental, trastornos de la personalidad, entre otros; y alteración o trastorno mental de nueva aparición en una mente previamente sana y bien desarrollada, como la: esquizofrenia, demencia, trastorno Bipolar I, entre otros. De todo ello se sustrae que la enfermedad mental, debe entenderse como cualquier perturbación morbosa, permanente o accidental general o parcial, innata o adquirida, de las facultades psíquicas del hombre referidas a la memoria, la conciencia, la inteligencia, la voluntad o

el raciocinio (Sierra et al., 2006). Abarcar el estudio pormenorizado de todos y cada uno de los trastornos que aparecen en dichas clasificaciones sería casi imposible, ya que extendería en exceso este trabajo. Por ello nos centraremos en describir aquellos trastornos que consideramos se presentan con mayor frecuencia para ser invocados como anomalías o alteraciones psíquicas dignas de la aplicación, en caso de concurrencia de los requisitos adecuados de la eximente recogida en el art. 20.1 CP.

4.2.1. Trastorno del Neurodesarrollo: Deficiencia intelectual.

De los diferentes *trastornos del neurodesarrollo* solo abordaremos por su implicación forense la *deficiencia intelectual*.

4.2.1.1 Descripción clínica

Cabe reseñar que con la implantación del nuevo DSM V se ha visto modificada la categoría de *Trastorno de Inicio en la Infancia y en la Adolescencia* del DSM IV TR por aquella esfera de trastornos que afectan al neurodesarrollo del individuo, realizando a su vez una subclasificación entre *Discapacidad Intelectual*, *Retraso Global del Neurodesarrollo* y *Discapacidad Intelectual No Especificada*.

El concepto de *discapacidad intelectual*, aunque aparenta una gran simplicidad y sencillez, ha sufrido importantes modificaciones a lo largo de la historia. Tradicionalmente ha sido referido como oligofrenia, que significa poca inteligencia (procede del griego: *oligos: poco*; y *frenein: mente*), es decir, *escasez o pobreza de mente*, término que en la actualidad y sobre todo a partir de las últimas décadas del siglo XX, ha sido sustituido en la literatura mundial por el de *trastorno intelectual del desarrollo* o *discapacidad intelectual*.

De este modo hemos sido testigos recientemente de como la etiqueta *Retraso Mental* del DSM IV TR se ha visto sustituida por *Discapacidad Intelectual*, hecho que responde *American Association of Mental Retardation* (AAMR) por el de *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Aluden como principal razón para este cambio el carácter peyorativo del significado del retraso mental, el cual reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas (Verdugo, 2003). Además, según esta asociación, es preferible utilizar el término de *discapacidad*

intelectual ya que se acopla mejor al reciente énfasis en los comportamientos funcionales y factores contextuales. Por tanto, tenemos entender la discapacidad intelectual aquella enfermedad que se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y práctica (Asociación Americana de Discapacidad Intelectuales y del Desarrollo [AAIDD], 2011).

Esto nos conduce a revalorar otro de los cambios sustanciales del DSM 5 que es la inclusión de una nueva conceptualización de las habilidades adaptativas divididas en *conceptuales*, *sociales* y *prácticas* que tras su evaluación permitirán servir al propósito de clasificar al sujeto con discapacidad intelectual en una de las cuatro categorías de gravedad.

Representa un desarrollo intelectual distinto del promedio o normal, caracterizado por afectaciones a la inteligencia, las funciones cognitivas, el lenguaje, habilidades motrices y de socialización (Acuña y Olivera, 2012) definido, por tanto, por la presencia de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y déficit en la conducta adaptativa en las edades más tempranas del desarrollo psicoevolutivo (Schalock, Benham, y Verdugo, 2006). Con esta definición se acentuaba en particular el problema de inteligencia de estos sujetos, sin embargo, hoy en día se sabe que la discapacidad intelectual va más allá y afecta a la personalidad por entero. Así por ejemplo, es frecuente en estos sujetos, su falta de control de impulsos, elemento importante a tener en cuenta en la labor del psicólogo forense. Así, tanto esta habilidad como otras muchas, se ven afectadas a medida que disminuye la inteligencia (Verdugo, 2003).

Su prevalencia es estimada alrededor del 1% de la población, dato que puede variar en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación y la población estudiada, presenta un modo de inicio que dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental (Fonseca, 2007).

Los criterios para el diagnóstico de Discapacitado Intelectual (DI) en base las clasificaciones DSM IV TR y V son las siguientes:

Tabla 1.

Criterios comparativos entre DSM IV-TR y DSM-V para DI

DSM-IV-TR (APA, 2002) <u>RETRASO MENTAL</u>	DSM-5 (APA, 2013) <u>DISCAPACIDAD INTELECTUAL</u> (TRASTORNO INTELECTUAL DEL DESARROLLO)
A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).	A. Déficits en el funcionamiento intelectual, tal como en razonamiento, solución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, toma de decisiones, aprendizaje académico y aprendizajes a través de la propia experiencia, confirmado por evaluaciones clínicas a través de tests de inteligencia estandarizados aplicados individualmente.
B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.	B. Los déficits en el funcionamiento adaptativo que resultan en la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social. Sin el consiguiente apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, y la vida independiente, a través de múltiples entornos, tales como la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.
C. El inicio es anterior a los 18 años.	C. Inicio de los déficits intelectuales y adaptativos durante el período de desarrollo.

Vemos que uno de los cambios sustanciales en esta quinta edición del manual es que, pese mantienen los criterios esenciales de presencia de déficits en el funcionamiento intelectual y adaptativo, existe divergencia en cuanto a cuando al inicio se refiere, ya que la versión IV demanda aparición previa a los 18 años mientras que la quinta edición sólo establece que su aparición se de durante un periodo de desarrollo. La realidad es que para la práctica forense este criterio resulta vacío de verdadera significación a debidas cuentas que, como ya se ha referido, la pericial psicológica no persigue el objetivo de establecer un diagnóstico clínico sino comprobar la existencia de afección en las capacidades relacionadas con el intelecto y la esfera volitiva. Es por ello que al psicólogo forense le puede interesar la *etiopatogenia* o *inicio y curso de la enfermedad* (si ha resultado por defecto congénito o por lo contrario fue una anomalía adquirida, cuestiones sobre su desarrollo prenatal, infantil, apoyos sociales etc) para fundamentar una explicación del cuadro del evaluado si así es requerida en los salones de justicia; pero su objeto último es desentrañar si existía o no una deficiencia a modo de impedimento que le hubiese dado acceso al individuo a un entendimiento sobre la tipicidad del acto, siéndole a su vez permitido reconducir su conducta de modo autodeterminado en un sentido contrario y si esta carencia de sus facultades se hallaba presente en el momento de los hechos. A efectos prácticos en la experticia forense no se suelen presentar dudas, siendo la discapacidad intelectual una de las entidades nosológicas en psicopatología forense que suele presentar menos problemas a la hora de acotar la posible

afectación de la inimputabilidad (Marco, Martí, y Pons, 1990). Esto es debido al hecho a que existe una fuerte constatación científica y tradición jurisprudencial en la que determinados grados de severidad entrañan plena incapacidad para el discernimiento y consciencia de la comisión de un acto antijurídico, cuestión a la que podremos entrar en detalle en las siguientes líneas. Solo en aquellos casos de individuos con inteligencia limítrofe rayana a la normalidad es cuando encontramos dificultades, siendo obligación del perito interpretar si la persona obró conociendo el alcance y consecuencia de sus actos y si se decidió a ello reflexivamente y con libertad; es decir, si estaban presentes las ya aludidas capacidades intelectivas y volitivas.

El trastorno requiere una *especificación en función de la gravedad* que en el caso del DSM V se hace en relación del funcionamiento adaptativo y no en base del nivel de CI como se hacía en el DSM-IV-TR. Cambio que argumentan es debido a que se trata del funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos requeridos y que las medidas de CI son menos válidas para los valores más bajos (Patitó et al., 2012). Esta clasificación por gravedad resultará clave para el trabajo del psicólogo forense ya que, entre otros factores, dependiendo de la intensidad el sujeto será considerado o no responsable criminal.

Así el DSM-IV-TR distingue entre:

. - *Retraso mental leve*: Sujetos con un Cociente Intelectual situado aproximadamente entre 50-55 y 70. Este subgrupo incluye a la mayoría (alrededor del 85%) de las personas con retraso mental. En líneas generales es equivalente a lo que se considera “educable” en la categoría pedagógica. Durante los años preescolares (0-5 años de edad) suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación, presentando tan solo insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras, por lo que con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores.

Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica; y durante su vida adulta, suelen adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, si bien pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente o en establecimientos supervisados.

-Retraso Mental Moderado: Con un CI entre 35-40 y 50-55, este subgrupo constituye alrededor del 10% de toda la población con retraso mental. Equivale a la categoría pedagógica de “adiestrable”, si bien no debería utilizarse este término anticuado porque implica erróneamente que estas personas no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. La mayoría de los individuos con este nivel adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de niñez y pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Además pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es imposible que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares.

Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir en las relaciones con sus iguales. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres supervisados o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, habitualmente en instituciones con supervisión.

-Retraso Mental Grave: Las personas de este subgrupo cuentan con un CI entre 20-25 y 35-40, e incluyen el 3-4% del total. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo; mientras que en la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia.

En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples de manera supervisada en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

-Retraso Mental Profundo: Con un CI inferior a 20-25 se encuentran el 1-2% de las personas con retraso mental más grave y problemático. La mayoría de estas personas presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental.

Durante los primeros años de niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden

mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisadas.

-Retraso Mental de gravedad no especificada: Por último, el DSM-IV-TR (2002) establece esta categoría diagnóstica que debe utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los test de inteligencia habituales. Esto puede deberse al caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación, lo que impide que sean evaluados.

En la siguientes tablas se pasa reseñar los tipologías establecidas por el DSM V:

Tabla 2

Nivel de gravedad leve en DI

Área Conceptual	Para niños preescolares, puede no haber diferencias conceptuales obvias. Para niños en edad escolar y adultos, hay dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo, o del dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la edad. En adultos, está disminuido el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (ej. planificación, establecer estrategias o prioridades y flexibilidad cognitiva), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (ej. lectura, manejo del dinero). Hay un planteamiento más concreto a la hora de solucionar los problemas de lo esperado para personas de su misma edad.
Área Social	Comparado con personas de su misma edad, los individuos son inmaduros en las interacciones sociales. Por ejemplo, pueden tener dificultades para percibir de una forma válida las claves de la interacción social con iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje es más concreto o inmaduro del esperado por su edad. Puede haber dificultades en la regulación de las emociones y la conducta apropiada para su edad, dichas dificultades se aprecian en las situaciones de interacción con iguales. Hay una comprensión limitada para situaciones de riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para su edad, y la persona corre el riesgo de ser manipulado por otras personas (inocencia, credulidad).
Área Práctica	El funcionamiento del individuo puede ser adecuado para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan algún apoyo en las tareas complejas de la vida diaria en comparación con sus coetáneos. En la vida adulta, los apoyos típicamente incluyen hacer las compras de la comida, el transporte, la organización de la casa y del cuidado de los niños, preparación de una comida saludable, arreglar asuntos bancarios y el manejo del dinero. Las habilidades de ocio se parecen a las de sus iguales, también lo relacionado con tomar decisiones sobre la organización de las actividades de ocio requiere apoyo. En la vida adulta el desempeño laboral es bueno en trabajos que no tienen mucho peso en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud o decisiones legales, y para aprender a ejecutar habilidades vocacionales competentemente. El apoyo es típicamente necesario para formar una familia

Tabla 3*Nivel de gravedad moderado en DI*

Área Conceptual	<p>A través de las distintas etapas del desarrollo, los individuos muestran un marcado déficit con respecto a lo esperado para las personas de su edad.</p> <p>Para los preescolares, el lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan más lentamente. Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas, y la comprensión del tiempo y el dinero ocurre más lentamente a través de los años escolares y es marcadamente limitada en comparación con la de sus iguales.</p> <p>Para los adultos, las habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental, y requieren de apoyo para el uso de dichas habilidades en el trabajo y en su vida cotidiana.</p> <p>La asistencia en el día a día se basa en la necesidad de completar las tareas conceptuales de la vida diaria, e incluso otras personas pueden llevar completamente dichas responsabilidades.</p>
Área Social	<p>El individuo muestra una marcada diferencia con respecto a sus iguales en la conducta social y comunicativa.</p> <p>El lenguaje hablado es típicamente una herramienta primaria para la comunicación social pero es mucho menos compleja que la de sus iguales.</p> <p>La capacidad para las relaciones es evidente en los lazos familiares y las amistades, y los individuos pueden tener éxito en crear amistades a lo largo de su vida e incluso a veces en establecer relaciones románticas en la vida adulta.</p> <p>Aunque, los individuos pueden no percibir o interpretar las claves sociales de una forma correcta. Los juicios sociales y las aptitudes para la toma de decisiones está limitada, y los cuidadores deben asistir a la persona en las decisiones de la vida diaria. Las amistades desarrolladas típicamente con iguales están a menudo afectadas por las limitaciones en la comunicación y sociales.</p> <p>Se necesita un apoyo significativo para el éxito en situaciones sociales o de comunicación.</p>
Área Práctica	<p>El individuo puede cuidar de sus necesidades personales como comer, vestirse, higiene personal como un adulto, aunque requiere de un período extenso de enseñanza y lleva tiempo que la persona pueda ser independiente en estas áreas, y puede necesitar de tener que recordárselas.</p> <p>De manera similar, la participación en las tareas domésticas puede ser conseguida por un adulto, aunque implique extensos períodos de enseñanza, y posteriores apoyos para alcanzar un nivel esperado para los adultos.</p> <p>Puede conseguir un trabajo independiente en empleos que requieran unas limitadas habilidades conceptuales y de comunicación, pero es necesario un importante apoyo por parte de los compañeros de trabajo, supervisores, y otras personas para conseguir alcanzar las expectativas sociales, en los aspectos complejos del trabajo, y las responsabilidades asociadas tales como la programación, el transporte, los cuidados para la salud, y el manejo del dinero.</p> <p>Pueden desarrollarse una variedad de habilidades para el ocio.</p> <p>Típicamente requiere apoyo adicional y necesita de oportunidades de aprendizaje a través de un período extenso de tiempo. La conducta no adaptativa está presente en una minoría significativa, causando problemas sociales.</p>

Tabla 4*Nivel de gravedad grave en DI*

Área Conceptual	<p>Está limitada la consecución de habilidades conceptuales. El individuo generalmente tiene una escasa comprensión del lenguaje escrito o de la comprensión de los números, para cantidades, el tiempo y el dinero. Los cuidadores aportan un intenso apoyo para la solución de problemas a través de la vida.</p>
Área Social	<p>El lenguaje hablado es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en simples palabras o frases y puede ser complementada por estrategias aumentativas.</p> <p>El habla y la comunicación están centradas en el aquí y el ahora de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje es utilizado para la comunicación social más que para dar explicaciones. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual.</p> <p>Las relaciones con los miembros de la familia es una fuente de placer y ayuda.</p>
Área Práctica	<p>El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluyendo comida,</p>

vestido, baño y aseo. El individuo requiere supervisión todo el tiempo. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre su bienestar o el de otros.
En la vida adulta, la participación en tareas en casa, de ocio y trabajo requiere un apoyo y asistencia. La adquisición de habilidades en todos los dominios incluye una enseñanza durante largo tiempo y apoyo.
La conducta desadaptada, incluyendo autolesiones, está presente en una significativa minoría.

Tabla 5

Nivel de gravedad profundo en DI

Área Conceptual	Generalmente las habilidades conceptuales involucran al mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede usar objetos para el autocuidado, el trabajo, y el ocio. Puede adquirir ciertas habilidades visoespaciales, tales como emparejamientos y clasificaciones basadas en características físicas. Aunque, deficiencias motoras o sensoriales pueden impedir el uso funcional de objetos.
Área Social	El individuo tiene muy limitada la comprensión de la comunicación simbólica mediante el habla o gestos. Pueden comprender instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa sus propios deseos y emociones largamente a través de la comunicación no verbal, no simbólica. El individuo puede relacionarse con miembros de la familia, cuidadores y otros familiares bien conocidos, e iniciar y responder a las interacciones sociales a través de las claves gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas pueden impedir muchas actividades sociales.
Área Práctica	El individuo depende de otras personas para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud, y la seguridad, aunque pueden ser capaces de participar en alguna de estas actividades. Los individuos sin deficiencias físicas graves pueden asistir a algunas de las tareas diarias de casa, como poner la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de su participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo. Actividades de ocio pueden incluir, por ejemplo, escuchar música, ver películas, pasear, o ir a la piscina, todas con el apoyo de otros. Las deficiencias físicas y sensoriales son frecuentes barreras para la participación en actividades en casa (más que la mera observación), para el ocio, u ocupacionales. Conductas desadaptadas están presentes en una minoría significativa.

Las otras dos clasificaciones que realiza el DSM V en esta categoría, *Retraso Global del desarrollo* y *Discapacidad Intelectual no especificada*, no refieren relevancia forense para la evaluación de inimputabilidad.

4.2.1.2. Valoración legal y jurisprudencial.

Hoy en día la jurisprudencia, en muchas de sus sentencias, continúa anclada en esa terminología anticuada y desfasada, así como al margen de los últimos avances metodológicos en salud mental. En un importante número de resoluciones sigue refiriéndose a oligofrenias, imbéciles e idiotas (STS de 24 de octubre de 1991) y continua persiguiendo una clasificación del inimputable basándose en mediciones psicométricas, tal y como establece el DSM IV TR y no su versión más actual, DSM V, que como hemos podido comprobar apuesta más por una valoración cualitativa del grado de severidad.

Tomando como referencia la sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de fecha 27 de abril de 1987 (RJ 1987\2617), cuya doctrina aparece recogida en muchas otras sentencias¹, podemos ver cómo partiendo de las pautas psicométricas que ofrecen los resultados de los test de personalidad e inteligencia, se ha aceptado la triple distinción que la Psiquiatría y Psicología Forense ha establecido dentro de la *oligofrenia*, a día de hoy, discapacidad intelectual:

a) *Profunda (anteriormente denominada idiocia)*, con un cociente mental por debajo de 25% y una edad mental por debajo de los cuatro años. Determina una irresponsabilidad total por aplicación de la eximente completa del anterior art. 8.1º y actual art. 20.1 CP.

b) *De mediana intensidad (anteriormente denominada imbecilidad)*, en la que el cociente mental oscila entre el 25 y 50% y la edad mental entre los cuatro y los ocho años. Determina una responsabilidad penal limitada por el juego de la eximente incompleta.

c) *Mínima (anteriormente denominada debilidad mental)*, en la que el cociente intelectual se mueve entre el 50 y 70%, la edad mental entre los 8 y los 9 años. La responsabilidad penal se considera disminuida por aplicación de la atenuante analógica.

d) “*Border lines*”, (anteriormente denominada torpes mentales), cuyo cociente mental supera el 70%. En general, son considerados imputables.

Estos criterios son matizados nuevamente sin embargo, por sentencias como la de STS de 28 de mayo de 1993 (RJ 1993\42658) y la STS del 8 de febrero de 2001 (RJ 2001\277) que son las que comienza a utilizar como referencia las fuentes de más solvencia actualidad en la ciencia psiquiátrica, tales como la CIE 10 y DSM-III-R, para fijar los criterios sobre los que se elabora la graduación de referencia, que mantienen índices similares obviando esa terminología poco adecuada que se ha impuesto en los tribunales. Esta última establece que “en este sentido hemos distinguido entre una oligofrenia profunda, cuando el cociente intelectual es de 0,40; de media intensidad, cuando discurre entre 0,40 y 0,60; y leve cuando discurre entre 0,60 y 0,80”.

¹ Doctrina jurisprudencial seguida también en SSTS de 3 de octubre de 1987 (RJ 1987\6949), 11 de julio (RJ 1988\6539) y 21 de octubre de 1988 (RJ 1988\8076), 27 septiembre y 24 octubre 1991 (RJ 1991\6639 y RJ 1991\7370), 26 de febrero (RJ 1992\1347), 15 de julio (RJ 1992\6372), 8 de septiembre de 1992 (RJ1992\7095), 14 de octubre (RJ 1994\7900) y 13 de diciembre de 1994 (RJ 1994\10147), 30 de noviembre de 1996 (RJ 1996\9349), 31 de julio de 1998 (RJ 1998\6572), 25 de abril de 2002 (RJ 2002\4962), 22 septiembre de 2003 (RJ 2003\7439), 21 de diciembre de 2005 (JUR 2006\47605), etc.

Respecto a la valoración de la responsabilidad, volver a referir que cada uno de estos grados de retraso mental comporta una diferente incidencia en la imputabilidad del sujeto. Una revisión realizada por Fonseca (2007) sobre la jurisprudencia ha determinado que según la doctrina del TS constante y reiterada, el grado más profundo de retraso mental, antiguamente conocido como idiocia, lleva aparejada la práctica anulación de las bases de la imputabilidad y por tanto la aplicación de la circunstancia eximente del art. 20.1 CP, al ser incapaz el sujeto de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión.

En los casos de retraso mental “moderado”, tiene lugar la disminución de dichas bases, lo que supone la limitación para conocer la ilicitud del hecho y para determinarse conforme a dicha comprensión, lo que se traduce en la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación con el art. 20.1º del CP.

Por su parte, en los supuestos de retraso mental “leve”, antigua debilidad mental, aparece una disminución menor de las facultades intelectuales y volitivas, de manera que la imputabilidad será la norma, aun cuando es posible aplicar una atenuante analógica, bien cuando el sujeto no llegue a la normalidad plena (porque aun conociendo la ilicitud del hecho, tiene dificultades para conocer y valorar las consecuencias de su conducta) bien cuando el retraso se asocie a otros trastornos que potencien el déficit psíquico (como los derivados del consumo de alcohol u otras drogas). Estos últimos casos en los que el retraso mental se asocia a otros trastornos podrían incluso alcanzar la entidad suficiente como para permitir la aplicación de la eximente incompleta.

Finalmente, los sujetos denominados “borderline” generalmente son considerados imputables, al tener capacidad plena para conocer la ilicitud de sus actos y para actuar conforme a dicha comprensión, salvo que sobre el déficit intelectual que padecen hubieran influido otros elementos psicossomáticos o ambientales que, reforzándolo, permitan estimar que su imputabilidad se halla disminuida y aplicar una atenuante analógica e, incluso, en determinados casos, una eximente incompleta.

4.2.1.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.

Respecto a su *implicación criminológica y forense*, Ailhaud (2002) establece que los hechos delictivos más usuales entre los discapacitados intelectuales son los siguientes:

a) *Delitos contra la libertad sexual*: consiste en agresiones sexuales, abusos sexuales, exhibicionismo, etc; así como también en la práctica de determinadas perversiones sexuales como la zoofilia o necrofilia. No es un acto delictivo que esté totalmente preparado, más bien se rige por

una necesidad básica del momento y en la que el acusado no se preocupa tanto de las posibles consecuencias que puede acarrear su conducta, sino sólo la satisfacción del momento.

b) *Delitos contra el patrimonio*: los discapacitados mentales son autores frecuentes de hurtos y robos. Debido a la carencia de su juicio crítico, tienen dificultades para discriminar sobre el valor de los objetos, por lo que frecuentemente hurtan o roban cosas sin apenas valor. Son robos que suelen tener la característica de ser burdos y simples, con una coartada ilógica y la conducta postdelictiva suele ser típica: negar su autoría. Robos de escasa entidad y no bien elaborados. En numerosas ocasiones, el acusado suele ser fácilmente sugestionable y manipulable por otro de tal manera que la autoría recaiga siempre en él y los beneficios del delito en el otro.

c) *Delitos de lesiones y homicidio*: destacarían las agresiones y los homicidios. Se caracterizan por la impulsividad, la irreflexividad y la ausencia de planificación previa.

El mismo autor comenta que la posibilidad de que un discapacitado intelectual cometa actos delictivos y por lo tanto entre en conflicto con la ley depende de la gradación su déficit intelectual y de la modalidad clínica. La profundidad de su déficit se refiere a que cuanto mayor sea el grado de retraso mental, menor será la capacidad delictiva y por lo tanto, menor la peligrosidad. Por su parte, la modalidad clínica significa que la forma *erética* (intranquila, irritable o activa) da lugar a una mayor conflictividad que la forma *tórpida* (apática, tranquila o pasiva) cuya peligrosidad es mínima.

Otro elemento fundamental es que los individuos con discapacidad intelectual padecen una mayor probabilidad a sufrir otros trastornos mentales tales como esquizofrenia o abuso del consumo de tóxicos respecto a la población general (Almenara et al, 1999) con la enorme carga añadida que eso supone en la valoración psicológica forense de la inimputabilidad.

No debemos pasar por alto que los sujetos con discapacidad intelectual, y en mayor medida cuanto más sea su nivel de afectación, suelen ser enormemente influenciables, por lo que pueden ser inducidos con facilidad a delinquir (Ailhaud, 2002). Para Ortiz y Ladrón de Guevara (1998) la sugestibilidad no es la base de conductual sino afinidades de carácter personal debidamente explotadas por un jefe de grupo que suele ser un individuo con rasgos psicopáticos. Pero también, como ya hemos comentado, en los niveles profundos de retraso mental, la posibilidad de delinquir es escasa debido a su incapacidad psicofísica. Esto último explica el hecho de que pese pudiese ser

más influenciables, son los subgrupos con discapacidad intelectual moderada y leve los que cometen más delitos (Cabrera y Fuertes, 1997).

Ya hemos comentado que el problema para los forenses se ubica en aquellos casos fronterizos, existiendo discrepancia en considerar la discapacidad intelectual grave (CI entre 20/25 y 35/40) como eximente completa o incompleta (Vega, 2004). Para su análisis, como en todos los casos de Psicología Forense, se debe ir al caso concreto y no aplicar doctrinas generales (Cabrera y Fuertes, 1997). En este aspecto debemos en nuestras prácticas escapar de los constreñimientos que nos impone la doctrina jurisprudencial e individualizar cada caso, no basándonos únicamente en la pasación de una prueba de inteligencia estandarizada sino también valorando la escolaridad, el apoyo familiar, influencias ambientales, actividades realizadas, enfermedades, recidivas etc.

Es importante no dejar de la lado el hecho que las personas con discapacidad intelectual son frecuentemente víctimas más que agresores. Las razones por las que las personas con este trastorno tienen una mayor probabilidad de ser víctimas son: a) su escaso acceso a programas de educación sexual, b) sus elevadas relaciones de dependencia, c) los contextos de poca intimidad derivados de la necesidad de cuidados por parte de otros, d) el déficit en habilidades sociales como la asertividad, e) el desconocimiento de lo bueno y lo malo y de sus derechos, y f) sus menores habilidades comunicacionales (Cambridge y Carnaby, 2000; Knutson y Sullivan, 1993; Sobsey y Varnhagen, 1991; Tharinger, Horton y Millea, 1990; Verdugo et al., 2002).

4.2.2. Esquizofrénias y otros trastornos psicóticos.

Estos trastornos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. Dentro de esta clasificación abordaremos aquellos con más relevancia forense: la *Esquizofrenia* y el *Trastorno Delirante*.

4.2.2.1. Esquizofrenia

La *esquizofrenia* es probablemente la enfermedad mental más enigmática y trágica, además de la más devastadora (Hales, Yudofsky, y Gabbard, 2012). A nivel pericial penal, las psicosis constituyen el paradigma de la locura, la enajenación, alienación o alteración psíquica, al tratarse de un trastorno que irrumpe en la personalidad y que implica una pérdida de la conciencia de la

realidad y/o de la continuidad histórico-biográfica. La percepción del mundo como amenazante explica las conductas agresivas en sujetos con síntomas esquizofrénicos (Fleischman et al., 2000; Echeburúa y Loinaz, 2011) impulsando a estos individuos a actos delincuenciales bizarros y sin fundamento lógico. Por ello, no es de extrañar que haya sido calificada como la enfermedad mental por excelencia (Ortiz y Ladrón de Guevara, 1998). Eso es debido a que cuando empleamos el epítome “enfermedad mental “ hacemos referencia a aquellos sujetos que han perdido el contacto con la realidad, es decir, hace especial referencia a los psicóticos incluyendo sustancialmente a los esquizofrénicos, a los que presentan trastorno bipolar y depresión mayor (Garrido et al., 2008)

Se ha considerado que el diagnóstico de esquizofrenia tiene un papel sustancial en la historia del criminal con trastorno mental (Guizar, Saracco, y Fresán, 2013). Por ese motivo la esquizofrenia es uno de los trastornos más importantes de cara a la evaluación de la responsabilidad, ya que su sintomatología implica una gran variedad de disfunciones cognoscitivas y emocionales, incluyendo la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención (Sierra et al., 2006), debiendo por ello comprender que la reflexión entorno al concepto de la inimputabilidad criminal del esquizofrénico es un aspecto de hondo calado para la ciencia legal y forense.

4.2.2.1.1. Descripción clínica

El DSM V (APA, 2013) ubica la esquizofrenia en el *apartado de trastornos del espectro esquizofrénico y otras psicosis* y establece que los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. Es una enfermedad mental de precoz aparición en la vida, de comienzo agudo o insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por desorientación autopsíquica, pues no tiene conciencia de ser él, no se reconoce, se produce una ruptura del contacto del *yo* con la realidad y a la vez consigo mismo, comprometiéndose las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí mismo.

El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno

variaron de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

El DSM V establece que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por tener varios dominios psicopatológicos, cada uno de los cuales posee un curso distintivo, diferentes pautas de respuesta al tratamiento e implicancias pronósticas. Esta diferenciación vendría cristalizada en la clásica distinción de *síntomas positivos y negativos* ya vigente en sus anteriores ediciones.

La gravedad relativa de estas dimensiones sintomatológicas varía entre los pacientes, así como en el mismo paciente en diferentes etapas de su enfermedad. Los dominios psicopatológicos relevantes incluyen distorsión de la realidad como delirios, alucinaciones y desorganización del pensamiento, entendidas estas expresiones como manifestaciones positivas de las psicosis. Estos constituyen los síntomas positivos nucleares y necesarios para un diagnóstico fiable de esquizofrenia siendo al menos uno de ellos requerido obligatoriamente para su diagnóstico, circunstancia que no contemplaba la cuarta versión del manual. Este requerimiento es consecuente con el concepto de la esquizofrenia como un trastorno psicótico. Los síntomas negativos comprenderían deterioro cognitivo, síntomas motores (como por ejemplo catatonía) y síntomas del estado de ánimo (depresión y manía).

Se pasa seguidamente a resumir en la siguiente tabla comparativa los criterios esenciales referidos por el DSM IV TR y DSM V para su diagnóstico:

Tabla 6

Criterios DSM IV-TR y DSM-V para esquizofrenia

<u>DSM IV- TR</u>	<u>DSM- V</u>
<p>A. Síntomas característicos. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas delirantes. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia). 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. 5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia. <p>Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p>	<p>A. Dos (o mas) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trato con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trato con éxito) que cumplan el 7 Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar unicamente por síntomas negativos o por dos o mas síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de animo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trato con éxito).

El DSM V incluye también en esta categoría el trastorno de personalidad esquizotípico como parte del espectro esquizofrénico, el cual se considera que tiene fuerte implicaciones en el contexto forense (*Véase más adelante el apartado Trastornos de la personalidad*).

El cambio más importante que realiza el DSM-V es la desaparición de los subtipos de esquizofrenia del DSM IV-TR (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) porque han mostrado una estabilidad diagnóstica y longitudinal limitada, baja confiabilidad, pobre validez y escasa utilidad clínica ya que en la práctica sólo se empleaban los subtipos paranoide y

desorganizado con lo que en conjunto estas tipologías no respondían diferencialmente al tratamiento. (McGorry, 2015).

Reparando que trabajamos desde el plano jurídico forense y no clínico, las subclasificaciones anteriores prenden importancia en cuanto a su consideración como variables apreciativas en la delictogenia y la valoración de responsabilidad para este fenómeno. Es por ello que recogiendo esta línea de estudio pasamos a su descripción reseñada en el DSM IV-TR:

1. *Paranoide*: se caracteriza por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Siguiendo el DSM-IV-TR, necesariamente, no debe haber lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad plana o inapropiada.
2. *Desorganizado* (hebefrénico): en el cual predominan lenguaje y comportamiento desorganizados y afectividad plana o inapropiada. Esto sin que se cumplan los criterios para el subtipo catatónico.
3. *Catatónico*: en esta manifestación de la esquizofrenia suelen darse en combinación al menos dos de los siguientes síntomas:
 - Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (pérdida momentánea de la movilidad y de la sensibilidad del cuerpo), que puede incluir flexibilidad cerea (disminución de la respuesta a los estímulos y tendencia a permanecer en una postura inmóvil), y estupor (disminución de la actividad de las funciones intelectuales).
 - Actividad motora excesiva aparentemente sin propósito ni influida por estímulos externos.-Negativismo extremo (con resistencia a todas las órdenes, que semeja ser inmotivada, o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo (silencio voluntario).
 - Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
 - Ecolalia o ecopraxia (repetición involuntaria o imitación de una palabra o frase, o un movimiento de otra persona).
4. *Indiferenciado*: en esta categoría se encuadrarían aquellos sujetos que cumplen el criterio A de la esquizofrenia pero que no cumplan con los criterios de los subtipos paranoide, desorganizado ni catatónico.

5. *Residual*: bajo la cual el sujeto sufriría manifestaciones continuas de la alteración, indicado esto por presencia de síntomas negativos, o en caso de aparecer alguno de las otras características del criterio A de la esquizofrenia, estos serían siempre de forma atenuada.

4.2.2.1.2. *Valoración legal y jurisprudencial.*

En lo concerniente a la *responsabilidad criminal*, los sujetos que padecen esquizofrenia deben ser considerados a efectos penales (en vigor al art. 20.1 de nuestro CP) como inimputables.

Pero a este motivo cabe determinar una serie de matices (Marco, Martí, y Pons, 1990):

- En los brotes y periodos de actividad hay total inimputabilidad.
- En las esquizofrenias residuales la imputabilidad estará en razón inversa al grado de deterioro producido, oscilando entre la semi-imputabilidad y la imputabilidad.
- En los estados demenciales esquizofrénicos, éstos deberán ser considerados inimputables.
- En los casos de curso solapado la leve afectación de la voluntariedad justificaría una semi-imputabilidad.
- En las remisiones se consideran inimputables o semi-imputables.

No obstante, de nuevo, notas como las anteriores solo deben tomarse como guía orientativa por lo que no podemos establecer una regla general para estos sujetos, debiéndose poner en relación las consecuencias cognitivas y volitivas de esta enfermedad con el propio delito. Debemos, a causa de nuestra labor pericial, dar luz a una serie de cuestiones que deben ser clarificadoras para el Tribunal: si el hecho padecía en el momento de los hechos una enfermedad mental; el origen y pronóstico de curabilidad así como la permanencia de la misma; si afecta – y en que cuantía- a la capacidad de actuar y conocer libremente etc.

Sin embargo, en la práctica, como señalan Cabrera y Fuertes (1997), no todos los autores están de acuerdo con la necesidad de establecer esta relación, de modo que defienden que un sujeto con esquizofrenia siempre debería ser considerado irresponsable. Sus argumentaciones son: a) que la relación causa-efecto es muy difícil de demostrar; y b) que la esquizofrenia causa un daño tal en toda la estructura de personalidad del individuo, que aunque la enfermedad no se encuentre en una fase activa le afecta igualmente.

Si realizamos una revisión a la *jurisprudencia* podemos encontrar como este supuesto de excusar sin excepción al sujeto con esquizofrenia se hace patente. Vilariño et al. (2016) encontraron que la esquizofrenia constituía el principal diagnóstico con base en el cual se fundamentaba la declaración de inimputabilidad, siempre y cuando el delito esté relacionado con la enfermedad (Hernández, 2015). Como podemos comprobar en una revisión realizada por Fonseca (2007) este mantenido se refleja en la SSTS de 4 de mayo de 1976 (RJ 1976\2131), 2 de noviembre de 1979 (RJ 1979\3799), 29 de octubre de 1981 (RJ 1981\3902) y 17 de diciembre de 1982 (RJ 1982\7718). En ellas, dada la gravedad de la patología, en la duda de si el esquizofrénico llevó a cabo la acción delictiva en condiciones mentales normales o no, el Tribunal supremo debía optarse por la solución más favorable al reo y declarar en consecuencia, su inimputabilidad. Tal y como se ha indicado, el Tribunal Supremo reconoce que cuando se enfrenta con la dificultad de su calificación, y aparece perfectamente acreditado, que el reo padece una esquizofrenia y que el hecho se produjo durante un brote de esta enfermedad, el principio de pro reo aconseja resolver la discrepancia acogiéndose al art. 8.1 CP por tratarse de una grave enfermedad incardinable en el concepto enajenación.

Sin embargo, este planteamiento doctrinal se ha ido rechazando en los últimos tiempos valorando más necesario un examen de los criterios implicados en la imputabilidad en estos sujetos y no acceder a que, en cualquier caso y con carácter general, se deba considerar a los esquizofrénicos, por el mero hecho de serlo, como totalmente inimputables. Así nos viene determinado por la revisión de la anterior autora en la STS de 29 de septiembre de 2005 (RJ 2005\7200), y más recientemente la STS de 21 de febrero de 2013 que recoge esta misma sentencia, que declara que según reiterada jurisprudencia² y “siguiendo, no el criterio biológico puro (que se conforma con la existencia de la enfermedad mental), sino el biológico-psicológico (que completa el examen de la inimputabilidad penal con el dato de la incidencia de tal enfermedad en el sujeto concreto y en el momento determinado de producción del delito) que es el adoptado por dicha jurisprudencia, con referencia a estos casos de psicosis esquizofrénica en sus distintas modalidades, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1ª Si el hecho se ha producido bajo los efectos del brote esquizofrénico, habrá de aplicarse la eximente completa del art. 20.1 CP.

2. SSTS de 22 de enero de 1988 (RJ 1988\416), 8 de febrero (RJ 1990\1301), 8 de junio (RJ 1990\5247) y 28 de noviembre de 1990 (RJ 1990\9211), 6 de mayo de 1991 (RJ 1991\3547), 16 de junio (RJ 1992\5389) y 15 de diciembre de 1992 (RJ 1992\10224), 30 de octubre de 1996 (RJ 1996\7993), 20 de enero de 1997 (RJ 1997\337), 8 de octubre de 1998 (RJ 1998\8051), 10 de junio (RJ 1999\5429) y 18 de octubre de 1999 (RJ 1999\8129), 20 de noviembre de 2000 (RJ 2000\9744), 21 de febrero de 2002 (RJ 2002\31852), 25 de septiembre de 2003 (RJ 2003\7441) y 27 de enero de 2004 (RJ 2004\743), entre otras.

2ª Si no se obró bajo dicho brote, pero las concretas circunstancias del hecho nos revelan un comportamiento anómalo del sujeto que puede atribuirse a dicha enfermedad, como ocurrió en el caso examinado por esta Sala en su sentencia de 19 de abril de 1997 (RJ 1997\3027), habrá de aplicarse la eximente incompleta del núm. 1º del art. 21.

3ª Si no hubo brote y tampoco ese comportamiento anómalo en el supuesto concreto, nos encontraremos ante una atenuante analógica del núm. 6º del mismo art. 21, como consecuencia del residuo patológico, llamado defecto esquizofrénico, que conserva quien tal enfermedad padece (véase la sentencia de esta Sala de 8 de febrero de 1990 [RJ 1990\1301]).

No obstante, las sentencias más recientes de Audiencias Provinciales han aplicado la eximente completa en asuntos de homicidio en estos casos (Audiencia Provincial de Madrid de 14 de abril 2014, Audiencia Provincial de Madrid de 24 de marzo de 2014, así como la STS de 10 de junio de 2014).

Por tanto, aplicando un criterio mixto para valorar la responsabilidad penal de un sujeto afecto de una esquizofrenia es preciso diagnosticar la variedad clínica y la fase evolutiva en la que se encuentra en el momento de los hechos, así como determinar los efectos que producen en la capacidad del mismo, de acuerdo con las exigencias explicitadas en el art. 20.1 CP, todo ello sin olvidar la necesidad de la relación existente entre el trastorno y los hechos que se le atribuyen. Todo ello recae en la premisa que cabe no solo valorar el elemento «biológico-psiquiátrico», sino también debe tenerse en cuenta también el elemento «psicológico», distinguiéndose así entre el presupuesto biológico de la enajenación en sí mismo considerado (siempre de carácter endógeno) y el efecto psicológico que esa enfermedad pueda proyectar en cada supuesto respecto a la total inimputabilidad o semi-imputabilidad del sujeto activo de la acción delictual.

Pero cuando esos brotes psicóticos remiten, la valoración de la imputabilidad dependerá de cómo ha sido la remisión, pues puede no haber sido completa, dejando un defecto de personalidad lo suficientemente importante como para seguir considerándolo como plenamente inimputable, lo que suele ocurrir, por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia paranoide. Pero bien puede considerarse que tras la remisión el sujeto vuelve a un estado de lucidez, siendo totalmente responsable de los hechos que cometa, siendo ejemplo de ello sería la STS del 6 de mayo de 2013, donde se emitiría en relación a un caso de esquizofrenia paranoide que “Por lo que no existiendo en

la causa dato alguno que indujera a pensar que el acusado durante la época de los hechos, no comprendiera la licitud de sus actos o que no pudiera actuar conforme a esa comprensión, concluyó el Tribunal razonadamente que no era de aplicación la atenuación invocada.”

4.2.2.1.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses

Respecto a una reflexión criminológica y psicológico forense de este tipo de fenomenología psicopatológica, establecer que los resultados obtenidos en diversas investigaciones clínicas y epidemiológicos en el área de la psicología han sido contradictorios en cuanto a la asociación de la esquizofrenia con la criminalidad.

Algunos autores consideran que la esquizofrenia es uno de los principales diagnósticos asociados con la criminalidad (Coid et al., 2015; [Karson, 1987](#); [Kuivalainen et al., 2014](#); [Modestin y Amman, 1996](#); [Swanson, Holzer, Ganju, y Jono, 1990](#)).

Estos estudios determinan que aunque no se ha podido establecer una relación causal entre la esquizofrenia y el homicidio, existen informes que validan un incremento en los índices de homicidio entre las personas con esquizofrenia en una proporción 10 veces mayor que la que se registra en la población general (hombres y mujeres) (Eronen, Hakola, y Tiihonen, 1996).

De este planteamiento se extrae que existe considerable evidencia que sugiere que la comisión de crímenes observada en los pacientes con esquizofrenia no es un fenómeno originado por el diagnóstico, sino que los delitos se cometen debido a un incremento en la agresividad de los pacientes, secundaria a la presencia de síntomas psicóticos específicos ([Swanson et al, 1990](#); [Tardiff y Sweillam, 1980](#); [Yesavage, 1983](#)). Los pacientes con síntomas psicóticos, tienen más propensión a ser más agresivos y a involucrarse en conductas ilegales y/o violentas ([Grassi, Peron, Marangoni, y Zanchi, 2001](#), [Link, Miroztnik, y Cullen, 1991](#)).

Es difícil establecer un nexo causal simple entre la esquizofrenia y los actos violentos, los datos son muy variables (Borum, Swartz, Swanson, y Wagner, 1999). En unos casos estos acontecimientos son consecuencia del trastorno, en otros de la reacción del individuo ante el rechazo social o la discriminación a los que se ven sometido. Las enfermedades mentales siempre han sido fuente de marginación y pobreza (Echeburúa y Loinaz, 2011).

En los últimos años se ha aceptado que, al menos un subgrupo de pacientes con esquizofrenia tiene mayor probabilidad de comportamiento violento que el de la población general (Vicens, 2006).

La cuestión que se enmascara detrás de esta realidad es que los estudios que aseveran esta conexión entre esquizofrenia y violencia no contemplan el sistema de variables mediadoras que interacciona detrás de estos supuestos.

La tendencia más actual y acorde a la realidad indica que esta asociación se encuentra limitada a diversos factores de riesgo que presentan estos individuos entre ellos, la severidad de los síntomas psicóticos y el abuso de sustancias ([Monahan et al., 2000](#), [Nestor et al, 1995](#)). Si tomamos como cierta esta última aseveración, no podemos negar el hecho de que un importante porcentaje de ellos no reciben un tratamiento adecuado, abandonan la medicación, la toman de forma irregular y/o consumen drogas psicoactivas que generan recaídas, siendo varias las razones explicativas de tales fenómenos ([Esbec y Echeburúa, 2016b](#)).

Es necesaria, por tanto, una reflexión al respecto de los elementos correlativos que acompañan la delictogénesis violenta en el individuo psicótico que permita revelar que son múltiples los factores interactuantes. La realidad sobre este aspecto es que el mayor riesgo en estos sujetos se da en el momento de producirse el brote psicótico, especialmente si la enfermedad no está diagnosticada, o aun estándolo no ha sido tratada, no hay una buena adherencia al tratamiento farmacológico, si el paciente deja de tomarlo o si consume alcohol u otras drogas o tiene un trastorno de la personalidad de base ([Steadman et al., 2000](#)). En concreto, en los estudios relacionan la esquizofrenia, especialmente el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con el comportamiento violento ([Echeburúa y Loinaz, 2011](#)), circunstancia que sería coherente respecto lo ya mantenido sobre la importancia de la semiología positiva en la comisión delictiva si tenemos en cuenta la importancia de síntomas activos en este subtipo. Así lo confirmaría un estudio realizado en Australia ([Schanda et al, 2004](#)) que investigó durante 25 años a 896 penados y 96 casos de ingreso psiquiátrico forzoso establecía en esta misma línea que entre los sujetos con trastorno mental severo, el cuadro más frecuente era el de esquizofrenia o la presencia de sintomatología esquizofreniforme (4.5 % en hombres y 17% en mujeres). El riesgo de conducta homicida era 6 veces mayor en hombres y 26 veces mayor en mujeres respecto a la población sana, con una predominancia del subtipo paranoide (63% en hombres y 47% en mujeres).

Entre la población penitenciaria que ha cometido un homicidio existe una mayor prevalencia de esquizofrenia (entre el 5-10%) ([Goltieb y Gabrielsen, 1987](#)) y de antecedentes de consumo de sustancias (62%) ([Madóz-Gurpide, 2001](#)). Algunos trabajos señalan que, comparando con la población general, los enfermos mentales tienen el riesgo de ser encarcelados (por cometer

actos violentos) incrementado 4 veces si son varones y 27,5 veces si son mujeres. Sin embargo se ha calculado que el riesgo de realizar un ataque homicida en las personas con esquizofrenia no es mayor del 0,05% (100 veces menor que el de suicidio). Cabe decir que estos estudios penitenciarios no son representativos de la población general y no controlan adecuadamente ciertas variables (trastorno sobrevenido después del ingreso o simulación, por ejemplo), de tal manera que la clara asociación entre esquizofrenia y homicidio se ha considerado una prueba de la *tendente psiquiatrización del comportamiento criminal* (Esbec y Echeburúa, 2016a).

Según el meta-análisis de Fazel, Langstrom, Hjern, Grann, y Lichtenstein (2009), hay un aumento medio de cuatro veces en la comisión de delitos violentos en los hombres con esquizofrenia en comparación con los hombres sin esquizofrenia. Asimismo, en un estudio reciente realizado en Israel (Fleischman, Werbeloff, Yoffe, Davidson, y Weiser, 2014), los pacientes con esquizofrenia tenían más riesgo de cometer delitos violentos en comparación con los sujetos del grupo de control (4.3 veces más de probabilidad en el caso de los hombres y 9.9 veces más en el de las mujeres). Este riesgo para delitos violentos fue mayor entre los pacientes con abuso de sustancias (5.1 veces).

Wallace, Mullen, y Burgess (2004) examinaron un total de 2.861 casos de individuos que ingresaban en ámbito hospitalario por primera vez con diagnóstico de esquizofrenia entre el año 1975 y el 2000. Los autores observaron que los individuos con esquizofrenia fueron condenados en un porcentaje mucho mayor por actos violentos que aquellos sin la enfermedad en la misma comunidad (8.2% y 1.8%, respectivamente). Otro hallazgo fundamental es que aquellos que abusaban de sustancias fueron condenados en mayor proporción que los que no lo hacían (68% y 11,7%, respectivamente). El riesgo de ser condenado por acciones violentas hallado fue de 3.6 - 6.6 veces mayor entre individuos con esquizofrenia respecto a los sujetos control.

Y es que esta relación entre consumo de tóxicos, violencia y esquizofrenia está hartamente estudiada. Según el estudio MacArthur (Appelbaum, Robins, y Monahan, 2000; Monahan, 2002), proyecto centrado en la identificación de factores de riesgo específicos en la población psiquiátrica después de un internamiento (1.136 pacientes) y en el diseño de un instrumento actuarial predictivo, el 17% de pacientes con esquizofrenia tenían comportamientos violentos frente al 5% en el grupo de control en las primeras semanas tras el alta, pero esta tasa aumentaba hasta el 32% (frente al 18% en el grupo de control) cuando el diagnóstico se asociaba al consumo de tóxicos. Pese que la esquizofrenia describe un elemento sustancial para explicar el riesgo de comisión de delitos violentos dentro del grupos de trastornos mentales severos la realidad es que los predictores más

significativos de violencia fueron la psicopatía y la historia de malos tratos en la infancia: la conjunción de ambos factores explicaba el 41% de la violencia (Echeburúa y Loinaz, 2011; Esbec, 2003).

Aún así existen evidencias que el consumo de sustancias psicotrópicas funciona como disparador de múltiples delitos en la mayor parte de personas con trastornos mentales (Esbec y Echeburúa, 2014). Resulta ostensible, por tanto, poder mantener que un potente factor explicativo para la presencia o incremento de los actos delictivos en estos sujetos se debe a la exacerbación de los síntomas psicóticos derivados del uso de sustancias, y que, a su vez, las personas con esquizofrenia que son propensas a cometer actos delictivos también lo son al uso de sustancias (Mullen, 2000). Todo ello prende aún más coherencia si consideramos que diversos estudios epidemiológicos encuentran elevadas tasas de prevalencia para el abuso de sustancias en los pacientes psicóticos, que oscilan entre el 25 y el 58% (Vicente, Díaz, y Mangado, 2001).

El consumo de tóxicos puede ser uno de las variables con más potencia pronóstica pero también existen otros factores como son la tendencia a la introversión, el carácter esquizoide u otros trastornos de la personalidad, la historia familiar de esquizofrenia, el inicio precoz de la enfermedad, el comienzo sin acontecimientos precipitantes y la falta de apoyo social (Swanson et al., 2006).

A modo de resumen, ante la imposibilidad de extendernos en cada una de estas variables, los principales factores predictores de comportamientos violentos en las personas con un trastorno mental grave son: a) una historia previa de violencia o de victimización, con una personalidad premórbida anómala, b) la falta de conciencia de enfermedad y el consiguiente rechazo o abandono del tratamiento, c) los trastornos del pensamiento (ideas delirantes de amenaza/control, de celos o de identificación errónea) o de la percepción (alucinaciones que implican fuerzas externas controladoras del comportamiento), con pérdida del sentido de la realidad, d) el abuso de alcohol o drogas, e) el aislamiento familiar y social, resultado de la estigmatización o de la discriminación y f) el riesgo es mayor en varones jóvenes (Dolan, Castle, y McGregor, 2012; Echeburúa y Loinaz, 2011; Esbec, 2005; Nestor, Haycock, Doiron, Kelly, y Kelly, 1995)

Respecto a la *semiología psicopatológica*, es abundante la bibliografía existente sobre la relación entre violencia y delirios, especialmente delirios de identificación defectuosa, amenaza o control, y alucinaciones auditivas, especialmente las imperativas, así como entre violencia y actitudes de hostilidad (Esbec, 2003,2005). Así, los pacientes con esquizofrenia pueden llegar a perder el contacto con la realidad, atribuyen a los demás actitudes o intenciones hostiles y toman

como ciertos e irrefutables sus fantasmas imaginarios. La mayoría de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas contribuyen al descontrol y a la conducta violenta del sujeto al vivenciar como reales sensaciones o hechos inexistentes pero que resultan ser determinantes de su comportamiento (Esbec y Echeburúa, 2016) especialmente si son sistematizados, con contenidos agresivos o de control y con una mayor resonancia afectiva. La percepción del mundo como amenazante explica las conductas agresivas en sujetos con síntomas esquizofrénicos (Arseneault et al., 2000; Echeburúa y Loinaz, 2011).

Por ese motivo se describe que entre un 10 y un 50% de los pacientes esquizofrénicos son violentos en algún momento de su enfermedad y que estos pacientes tienen multiplicadas por cuatro (respecto a la población general) las posibilidades de cometer un acto violento no homicida (Taylor, 1995; Kaplan y Sadok, 1999).

Respecto al *tipo de delitos cometidos*, algunos autores refieren salvo algunos casos concretos de delincuentes en masa o en serie, frecuentemente la violencia es *endonuclear*, es decir, ejercida sobre algún familiar cercano o cuidador, pero no sobre gente desconocida. Se trata de crímenes sin historia, así llamados porque el sujeto no tenía desavenencias previas con la víctima o estas eran aparentemente de poca importancia. El crimen suele ser efectuado de forma impulsiva, ansiosa, sin planificar ni conversar con la víctima, dejando muchos indicios en el lugar de los hechos (Esbec, 2005; Joyal, Putkonen, Paavola, y Tiihonen, 2004).

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

Según Rodes y Martí (1997) las impulsiones esquizofrénicas son las más violentas que pueden observarse en los enfermos psíquicos y los actos de violencia cometidos en tales condiciones tienen un carácter brusco y repentino. No es raro, así, que conduzcan a homicidios brutales fríamente realizados, quedando el esquizofrénico después con total indiferencia: no justifican nunca su acción y no les interesa lo más mínimo las consecuencias sus actos.

La delictología se caracteriza por reunir una serie de aspectos comunes a los de las psicosis (Ortiz y Ladrón de Guevara, 1998; Ailhaud, 2002, [Martins et al., 2011](#)) como:

- Delitos incomprensibles e inmotivados.
- Es característico la falta de móvil y la inutilidad del hecho delictivo.

El crimen inmotivado, gratuito, suele corresponder a una esquizofrenia insidiosa en fase incipiente (Ortiz y Ladrón de Guevara, 1998). A este respecto se ha demostrado que hay un pico en delitos violentos (de hasta el 75%) en el período de hasta 4 años antes del diagnóstico de la esquizofrenia (Munkner, Haastrup, Kramp, y Joergensen, 2003; Wallace et al., 2004; Wessely, Castle, Douglass Taylor, 1994) y que el 39% de los delincuentes psicóticos que cometieron homicidio nunca habían sido detectados previamente (Nielsen, 2015).

Otro elemento sumativo a esta casuística es que muchos pacientes diagnosticados de esquizofrenia (aproximadamente un 40%) son malos cumplidores o cumplidores parciales o erráticos, debido a la frecuente ausencia de conciencia de enfermedad, a los síntomas secundarios de los neurolepticos (discinesias, obesidad, impotencia, etc.) o simplemente a los síntomas negativos de los casos residuales (Hogarty, 1993). Por ello, la adherencia al tratamiento está basada en la conciencia de enfermedad y en la confianza en la medicación (Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz y Monahan, 2006).

Ailhaud (2002) remarca una serie de comportamientos delictivos según cada subtipo de esquizofrenia:

1. *Esquizofrenia de tipo paranoide*: Son enfermos muy peligrosos, porque a su agresividad, hostilidad y convicción delirante se le suma que conservan la capacidad intelectual. Los delirios dirigen su actividad delictiva. Son conductas inmotivadas. Pueden cometer cualquier delito, pero los más importantes son los de sangre: delitos de lesiones e homicidios. Cabe subrayar que este subtipo es el que más problemas entraña a la hora de juzgar es el paranoide, debido a que es la sintomatología que más frecuentemente sufren los sujetos con esquizofrenia que cometen un delito, además que gran parte de estos llevan una vida social que es un ejemplo de perfección y organización (Cabrera y Fuertes, 1997; Finol y Piña, 2008).

2. *Esquizofrenia de tipo desorganizado*: es escasa y cuando surge es debido a conductas impulsivas, en ocasiones con gran violencia, sin relación aparente con la víctima o como respuesta desproporcionada ante estímulos externos. Podríamos destacar los delitos de exhibicionismo, incendios, agresiones, altercados o alteraciones orden público etc.
3. *Esquizofrenia de tipo catatónico*: si existe estupor es difícil la actividad delictiva. En caso contrario, puede haber actos impulsivos que den lugar a delitos contra las personas caracterizados por una actitud violenta y una frialdad posterior.
4. *Esquizofrenia de tipo residual*: su alteración que presentan en el área de la afectividad u la voluntad hacen que sean personas que se dejen fácilmente arrastrar, tanto para entrar en una secta, como para consumir sustancias o traficar con ellas, colaborar y participar en robo que otros planean etc; asimismo, es habitual encontrar esta patología en sujetos acusados de agresiones sexuales a menores o mujeres adultas.

Finalmente, debe quedar claro que la enfermedad mental grave explica tan solo un pequeño porcentaje de la criminalidad violenta, que con aplastante frecuencia se asocia al consumo de sustancias psicoactivas, a la psicopatía y a otros trastornos de la personalidad. Se puede afirmar por ello que la violencia per se no es un síntoma de la esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2010). Las personas con esquizofrenia, excepto un pequeño subgrupo, no son pacientes especialmente violentos. En todo caso, es más probable que el paciente tienda a hacerse daño a sí mismo. El 10% de los esquizofrénicos acaba suicidándose y, en concreto, saltarse la medicación multiplica por cuatro el riesgo de suicidio (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, y Silva, 2000).

4.2.2.2. Trastorno Delirante.

El *trastorno delirante* (delirio: “fuera del surco de la razón”) es también conocido, y de manera habitual en Derecho, como *paranoia* (concepto antiguo, en desuso por resultar ambiguo, que solía utilizarse para referirse a un delirio de carácter inamovible). Bajo esta etiqueta se encuentra, el que para algunos autores (Ailhaud, 2002; Finol y Piña, 2008; Calabuig, 1991; García-Andrade, 1994), es el trastorno más peligroso desde un punto de vista criminal. Esto se debe a que

normalmente los sujetos que lo padecen gozan de una inteligencia y otras capacidades intactas y tan solo la percepción relacionada con su temática de delirio parece alterada. Esta casuística los hace especialmente peligrosos debido a que aunque presentan un desarrollo insidioso de un sistema delirante tienen conservadas la inteligencia, la memoria, la lucidez de conciencia y capacidades de juicio y raciocinio (Soria, 2002).

4.2.2.2.1. Descripción Clínica.

De Portugal y Cervilla (2004) definen el delirio por las siguientes características: a) es sostenido con absoluta convicción; b) el individuo lo experimenta como evidente en sí mismo y le concede una gran importancia; c) no puede ser modificado apelando a la razón o mediante experiencias contrarias; d) el contenido es improbable y a menudo fantástico; y e) la falsa creencia no es compartida por otros individuos del mismo grupo sociocultural. Esta descripción solapará con la ofrecida por el DSM-IV-TR y DSM-V como podremos comprobar a continuación. Como afirman estos mismos autores lo mejor organizado en los delirios son las explicaciones que sustentan estas creencias, las cuales resultan a menudo convincentes incluso para aquellas personas que son ajenas al asunto. Pese a que frecuentemente el inicio del delirio parece repentino, lo cierto es que estas creencias suelen ser sustentadas por el sujeto durante mucho tiempo hasta que finalmente salen a la luz y resultan visibles.

El Trastorno Delirante es poco frecuente, con una incidencia anual de 1-3 nuevos casos por cada 100,000 (Kendler, 1982) se caracteriza por presentar un sistema de ideas delirantes persistentes no extrañas. En la actualidad se ha evidenciado que la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, con una ratio de hasta 1.6:1 (De Portugal et al., 2010). Este número varía dependiendo del subtipo, muchos estudios se han centrado en subtipos específicos del Trastorno Delirante, como por ejemplo el erotomaniaco (Rudden et al., 1990) o el somático (Munro, 1988; Munro et al., 1988; Ota et al., 2003; Jibiki, Takizawa, y Yamaguchi, 1991). En cuanto a la epidemiología del trastorno delirante Salavert et al. (2003) señalan lo siguiente: la prevalencia es de aproximadamente el 1-4% de todos los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos; la edad media de inicio se sitúa alrededor de los 40 años con un ligero predominio en mujeres; un gran porcentaje están casados y trabajan, existiendo cierta asociación con la inmigración reciente y un estatus socio-económico bajo, explicado esto porque suele haber un factor ambiental estresante favorecedor de su inicio; es frecuente la existencia de antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico; el más común es el persecutorio; aprox. el 25% de los sujetos con este trastorno evolucionan hacia la esquizofrenia y un

10% hacia un trastorno del estado de ánimo; y finalmente, si bien la mayoría presentan dificultades de aceptar su problema, con un tratamiento adecuado tiene buen pronóstico.

El delirio en ocasiones resulta incluso contagioso, extendiéndose desde la persona que inicialmente presenta el delirio a otra persona o incluso grupo de personas, lo que desemboca en el denominado “Trastorno Psicótico Compartido” (del francés: “folie a deux”). Generalmente estas dos personas tienen una relación personal estrecha y un nivel de aislamiento social significativo, como por ejemplo, esposo-esposa, hermanos, hijos-padres. Debido al nombre del diagnóstico se pueden asumir errores en relación a los sujetos involucrados en el mismo, por ejemplo, no siempre se da el caso de que ambos sean psicóticos. En muchas ocasiones ese es el caso del primer sujeto pero no del segundo. Se da en personas fácilmente impresionables, que aceptan la veracidad de una falsa creencia en base a la relación de largo tiempo, dentro de una atmósfera de aislamiento con el sujeto delirante. Esta inducción a otras personas tiene como base la verosimilitud y convicción con la que estas creencias son defendidas por el sujeto, además de que el deterioro de la personalidad suele ser mínimo con una, en ocasiones, casi inexistente afectación en su vida diaria. Por otra parte, en caso de que tengan lugar (pseudo)alucinaciones estas suelen ser táctiles u olfatorias, y siempre consistentes con el delirio (Salavert et al., 2003). Esta clasificación diagnóstica ya no aparece hoy día en la nueva versión del DSM-V. No se establecen diferencias entre este trastorno y el Trastorno Delirante (APA, 2013).

Dowbiggin (2000), distingue tres tipos evolutivos fundamentales en la clasificación de los delirios crónicos:

1. delirios que conducen a la disociación esquizofrénica.
2. delirios en los que existe un contraste en el carácter fantástico de los delirios y la ausencia de alteraciones mentales.
3. delirios sistematizados, que constituyen completas concepciones del mundo.

Se debe distinguir entre trastorno delirante y trastorno de la personalidad paranoide, entidades psicológicas habitualmente entrelazadas y confundidas. En este trastorno no hay creencias delirantes persistentes o bien definidas. Se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas. Mientras que el primero es un trastorno psicótico, que enajena al sujeto e influye en su responsabilidad criminal; el segundo es una exacerbación de ciertas características de personalidad,

pero sin que estas lleguen a convertirse en algo patológico, por lo que estos sujetos no presentan en ningún modo una alteración en la percepción de la realidad, por lo que son imputables. Por ello, es importante en todo caso establecer un diagnóstico diferencial para una correcta evaluación de la responsabilidad criminal

Los criterios diagnósticos son simultáneos en DSM-IV-TR y DSM-V siendo a efectos generales la misma exigencia en condiciones, las cuales pasamos a resumir en la siguiente tabla:

Tabla 7

Criterios DSM-V para Trastorno Delirante

-
- A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.
 - B. Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia.
Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).
 - C. Aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
 - D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.
 - E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.
-

El DSM-V a diferencia del DSM-IV no incorpora la necesidad que estos delirios sean extraños o bizarros. Esta tesis no debería ser de relevancia jurídico forense, en cuanto que, demostrado la existencia de un trastorno, se constata una falta de contacto de la realidad por parte del encausado en el momento de la comisión delictiva.

El DSM-VI-TR y el DSM-V describen los siguientes subtipos :

1. *Erotomaniaco*: La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual. El tema central de los delirios es que otra persona está enamorada del sujeto. Frecuentemente, la persona sobre la que recae esta convicción ocupa un status más elevado (por ejemplo, una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Se suele encontrar mayor número de mujeres con este subtipo en las muestras clínicas y la mayoría de sujetos en la población forense de este subtipo suelen ser varones. Algunos sujetos con este subtipo se suelen ver

envueltos en problemas legales a causa de intentos por conseguir al objeto de su ideación delirante, con especial relevancia para nuestro caso.

2. *Grandiosidad*: Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario talento (aun no reconocido) o intuición, o de haber hecho algún descubrimiento importante. Las ideas delirantes grandiosas pueden tener un contenido religioso.
3. *Celotípico*: Este subtipo aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas “pruebas” que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante. El sujeto con esta idea delirante suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginaria.
4. *Persecutorio*: este subtipo aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a la creencia del sujeto de que está siendo objeto de una conspiración, es engañado espiado, seguido envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstruido en la consecución de sus metas a largo plazo. Pequeñas trivialidades pueden ser exageradas y convertidas en el núcleo de un sistema delirante. Frecuentemente el núcleo de la idea delirante suele ser alguna injusticia que debe ser remediada mediante una acción legal y la persona afectada puede enzarzarse en repetidos intentos por obtener una satisfacción apelando en los tribunales y otras instituciones gubernamentales.
5. *Somático*: este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas, las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, boca, el recto o la vagina, que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel, que tiene un parásito interno, que algunas partes de su cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas, o que hay partes del cuerpo que no funcionan.

4.2.2.2.2. *Valoración legal y jurisprudencial.*

La imputabilidad en los paranoicos presenta un importante problema. Como indica Ailhaud (2002) el paranoico conoce la significación antisocial y antilegal de sus actos. Sabe lo que va a

hacer y conoce la infracción que no debe hacerse. Pero a pesar de ello es un delirante y un enfermo mental. Al tener el delirante una visión torcida y equivocada de la realidad es importante valorar como afectaron a sus facultades de juicio esta circunstancia patológica y como todo ello concurrió en el hecho delictivo. Lo anterior significa que si el delito está vinculado a su trama delirante, se puede establecer una inimputabilidad. Por lo contrario, si el paranoico realiza un delito que esté al margen de su delirio, sería imputable (aunque bien es verdad como indica el autor que estos casos suelen ser raros).

Aún más polémico resulta cuando el sujeto comete un delito al margen de lo dictado por su delirio. En este caso, el carácter patológico de su comportamiento desaparece, pues estos suelen conservar un buen funcionamiento cognitivo y volitivo. Es en esta tesitura donde algunos autores optan por la necesidad de establecer la relación delirio-delito para que la responsabilidad criminal se vea afectada (Ailhaud, 2002), y los que consideran esta última siempre afectada al margen de la existencia de tal relación.

Esbec (1994a) establece como criterio general en cuanto a la inimputabilidad lo siguiente:

- Imputabilidad para en paranoide como rasgo.
- Semi-imputabilidad para el trastorno paranoide de personalidad.
- Inimputabilidad para el trastorno delirante persistente.

Resiguiendo la línea postular que hemos manteniendo a lo largo del presente texto, cualquier impresión generalizante puede resultar útil como forma para orientar el juicio, pero debemos individualizar cada caso y realizar un examen de las circunstancias intervinientes.

En este sentido el *tratamiento jurisprudencial* ha llegado a concordar con este precepto. El Tribunal Supremo, a la hora de ocuparse de la imputabilidad de estos sujetos, tanto con el anterior Código Penal como en el actual, ha seguido fiel a la aplicación del método mixto al corroborar la existencia del elemento biológico pero exigiendo como dato esencial la comprobación del grado de afectación de las facultades del sujeto y la relación de causalidad entre el trastorno y los hechos cometidos (Fonseca, 2007).

Así lo reflejan las SSTS de 18 de octubre de 2002 (RJ 2002\9128), SSTS de 22 de abril de 2003 (RJ 2003\582) y SSTS 11 de octubre de 2005 (RJ 2005\7511). En ellas se afirma que lo importante

se tratar de dilucidar en cada supuesto la naturaleza de ese acto mental y si guardó o no relación de coherencia con delito cometido.

Es importante precisar en relación con el tema que nos ocupa que no debe confundirse la paranoia propiamente dicha con la simple personalidad paranoide, que no es sino una forma clínica dentro de los trastornos de la personalidad. La revisión realizada por Fonseca (2007) así revela que el Tribunal Supremo ha establecido esta diferencia en numerosas sentencias³. En tal sentido ha señalado que: “un trastorno paranoide de la personalidad equivale a lo que en la terminología anterior se denominaba psicopatía paranoide, que no debe confundirse con la paranoia propiamente dicha, o psicosis paranoica, que constituye una verdadera enajenación en el sujeto, apta para excluir la responsabilidad criminal cuando el hecho delictivo se encuentra dentro del ámbito al que esa paranoia se refiere” (STS de 4 de julio de 2001 [RJ 2001\7038]); “Paranoide no tiene la misma significación y trascendencia que paranoico. La personalidad paranoide no es una psicosis sino una simple alteración anormal del carácter o de la personalidad que supone posiblemente una cierta predisposición a lo paranoico, especialmente si aquélla va asociada a otras alteraciones internas o externas que en forma más o menos importante gravitan sobre la mente humana” (STS de 12 de marzo de 1996 [RJ 1996\1945]). Algo parecido a lo que se viene diciendo dentro del contexto de las psicopatías. Esa personalidad es, en conclusión, un síndrome mental de rasgos acentuados.

4.2.2.2.3. Consideraciones criminológicas y psicologico forenses.

Esbec (1994) ha llegado a considerar a este cuadro clínico el más peligroso de la nosología, ya que : se caracteriza frecuentemente por una elevada inteligencia puesta al servicio del crimen, y existe consenso en considerarle un significativo factor de riesgo de violencia y criminalidad severa, especialmente en caso de delirio de celos, perjuicio y persecutorio (p.1153).

Añadiendo complejidad al trastorno, habitualmente estos sujetos presentan al lado del delirio autóctono o primario, un delirio secundario derivado de este. Se ha establecido que, aparte de las ideas delirantes y de las alucinaciones, las respuestas conductuales y emocionales de los pacientes con Trastorno Delirante parecen ser apropiadas y que el deterioro de la actividad social o la personalidad es mínimo o nulo. Del mismo modo, tanto el funcionamiento laboral como el

3. SSTS de 20 de febrero de 1984 (RJ 1984\1150), 15 de octubre de 1984 (RJ 1984\4839), 25 de junio de 1985 (RJ 1985\3060), 22 de enero de 1986 (RJ 1986\166), 16 de diciembre de 1988 (RJ 1988\9521), 26 de octubre de 1989 (RJ 1989\7758), 2 de noviembre de 1989 (RJ 1989\8536), 6 de junio de 1990 (RJ 1990\5147), 17 de mayo de 1991 (RJ 1991\3685), 6 de mayo de 1993 (RJ 1993\3851), 7 de diciembre de 1993 (RJ 1993\9938), 22 de marzo (RJ 1994\2388) y 22 de octubre de 1994 (RJ 1994\8160) 17 de febrero de 1995 (RJ 1995\1181), 24 de abril de 1995 (RJ 1995\1322), 26 de mayo de 1995 (RJ 1995\3953), 12 de marzo de 1996 (RJ 1996\1945), 1 de octubre de 1999 (RJ 1999\7594) y 19 de enero de 2000 (RJ 2000\196).

intelectual aparecen preservados ([Manschreck, 1996](#)). Esto dificulta la peritación del profesional en psicología cuando se desea reflejar una merma en las capacidades de comprender el injusto por parte del sujeto.

Según Ailhaud (2002) la delictología del paranoico está en relación al contenido de sus ideas delirantes: delirio de persecución (son personas resentidas y que pueden reaccionar de manera violenta contra aquellos que creen que les perjudica; los delitos más frecuentes son las falsas denuncias, escritos con amenazas, injurias, calumnias y agresiones contra personas), delirio de celos (homicidio, delito de lesiones) y delirios de reivindicación (insultos a jueces, atentados e incluso incendios y destrucción como venganza).

Las características de estos delitos son (Rodes y Martí, 1997):

- Premeditación delirante: preparación meticulosa del delito.
- Estado de necesidad delictiva: el delito es inevitable y necesario.
- Ausencia de arrepentimiento: no se esconde.
- Delito desproporcionado: hay una absoluta desproporción entre la causa determinante y la acción delictiva.

Las personas que padecen un trastorno delirante persistente presentan como fenómeno básico y principal del trastorno una idea delirante. Esta idea les lleva a una interpretación errónea de la realidad, a una alteración cognitiva que conduce a actuaciones adecuadas a esa percepción y valoración alterada de lo que le rodea . Tal visión deformada de la realidad o mejor, de algunos aspectos concretos de la misma, ante la cual se muestran con creencias y convencimientos firmes, les lleva a no tener otro camino que el de cometer el delito pues están cumpliendo un deber, ya que a pesar de conocer que la conducta que realizan es lesiva de bienes jurídicos ajenos, ilícita y penada por la ley están convencidos de que el error está en los demás, que ellos se encuentran en posesión de unas normas superiores a las establecidas legalmente. Los actos que realizan, nacidos como consecuencia de la idea delirante, serán muestra de la misma y por lo tanto tan patológicos como aquella. (Fonseca, 2007).

Cabe recordar, como ya se vino diciendo con la esquizofrenía, que las conductas agresivas se asocian de manera clara a las alucinaciones y delirios, especialmente a las de contenido

persecutorio o de comando (Juginger, Parks-Levy, McGuire, 1998; Martell y [Dietz, 1992](#); [Maixner, 1998](#)) semiología sobrerrepresentada en el Trastorno Delirante.

Se ha propuesto que la aparición de conductas violentas es una respuesta racional a creencias irracionales (delirios), de forma similar, las alucinaciones de comando pueden ser responsables por la conducta agresiva, al ordenarle al paciente lo que debe hacer y por ende, responsables del curso que tomará dicha conducta (Juginger, 1996), la que puede también, transformarse en un delito.

A este respecto, el DSM-V ya plantea la posibilidad que se concurren estas circunstancias al desarrollar la existencia de *delirios extravagantes*. De esta forma explica que, los delirios, que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo, generalmente *se* consideran extravagantes; esto incluye la creencia de que los propios pensamientos han sido "robados" por una fuerza externa (*robo del pensamiento*), que se le han insertado pensamientos ajenos en la propia mente (*inserción del pensamiento*) o que existe una fuerza externa que esta manipulando o influyendo en el propio cuerpo o la propia mente (*delirios de control*) (APA, 2013). Resulta esencial tomar en cuenta la existencia de estos fenómenos en cuanto a la valoración pericial se refiere.

Esta característica puede ser crucial para la valoración de los trastornos mentales severos en un plano forense. Así lo confirma un reciente meta-análisis realizado por Coid, Ullrich, Bebbington, Fazel, y Keers (2016) que sometieron a 23.444 casos individuales a una encuesta en 7 poblaciones de Reino Unido y hallaron que aquellos individuos en más alto grado experimentaban experiencias cercanas a las psicosis, especialmente de tipo delirante paranoide, consideradas dentro del continuum de la psicosis en la población general, correlacionaban de manera significativa con la realización de acciones calificadas de violentas. Esta asociación no era mejor explicada por la presencia de condiciones de comorbilidad, ni si quiera por el consumo de sustancias.

4.2.3. Trastorno Mental Transitorio

4.2.3.1 Descripción clínica

El trastorno mental transitorio es una entidad de base jurídica, hecho que la convierte en un constructo legal, un concepto normativo, que responde a supuestos específicos desde el punto de vista jurisdiccional y habiéndose construido la teoría médica psicológica en base a las pruebas

periciales que se practicaban en juzgados y tribunales (Vazquez, 2010). Todo ello provoca que su apreciación desde una perspectiva clínica no sea concurrente.

Según Mir i Puig (2009) el trastorno mental transitorio es una manifestación concreta del concepto de alteración o anomalía psíquica, caracterizado por su limitada duración. Se trata de una inimputabilidad transitoria sin que sea exigible ni esencial la base patológica. Según el autor la inimputabilidad que caracteriza al trastorno mental transitorio es la falta de la necesaria capacidad de conocer lo ilícito y de dirigir la propia conducta según ese conocimiento, es decir, que se ha de producir una perturbación tal en la mente del sujeto que determine una plena anormalidad en su conocimiento de la situación o en las condiciones de su autocontrol.

Homs-Sanz (1996) conceptúa el trastorno mental transitorio como una alteración psíquica o mental grave con pérdida intensa de las facultades intelectivas y volitivas, caracterizado por su brusquedad y escasa duración, que se cura sin dejar huellas, cuyas fuentes pueden ser diversas, entre ellas: por una causa inmediata o evidente; por un choque psíquico exterior con concurrencia de elementos poderosos que afecten gravemente al sujeto; por un fenómeno endógeno, denominado base patológica, que sin representar una enajenación, condiciona la reacción del agente hasta el extremo de incidir en el comportamiento.

Calabuig (2004) lo define como un estado de perturbación mental pasajero y curable, debido a causas ostensibles sobre una base patológica probada, cuya intensidad llega a producir la anulación del libre albedrío (p.923).

Romi (1999) se refiere a este como un estado de perturbación mental que debe ser pasajero y curable, con base psicopatológica demostrada y cuya intensidad puede producir alteraciones en la inteligencia y/o voluntad del sujeto, de modo que la responsabilidad criminal se vería afectada.

Como podemos apreciar, la definición de los juristas es divergente en algunos aspectos del concepto, por ejemplo, en cuanto a considerar la existencia de una patología de base. En lo que todos los autores coinciden es que ante la aparición del cuadro debe generar una anulación de las facultades del entender o querer durante la comisión delictiva.

Se le relaciona frecuentemente con los términos de *arrebato* u *obcecación*, no obstante estos últimos hacen referencia a un estado donde la intensidad de la enajenación es menor

(Concepción, 2012). El elemento diferenciador de un estado de trastorno mental transitorio y de emoción violenta es la intensidad o grado de la perturbación, es decir, que la diferencia la marca el aspecto cuantitativo del efecto psicológico, siendo que en el proceso de valoración hay un amplio espacio de juego para la subjetividad y arbitrariedad al apreciar el quantum de la perturbación, por más que exista una tendencia a observar la existencia de elementos objetivos y subjetivos. El trastorno mental transitorio no deja de suponer un tipo de emoción violenta de gran intensidad que anula o perturba gravemente el entendimiento, dicho de otra forma, el trastorno mental transitorio es un arrebató que posee una mayor carga emotiva capaz de anular la responsabilidad criminal (Homs-Sanz, 1996).

Los requisitos que debe cumplir el Trastorno Mental Transitorio según dicta la jurisprudencia española son:

-Debe ser desencadenado por una causa inmediata y fácilmente evidenciable. Dicha causa puede ser un agente interno o externo (Romi, 1999), entre otras: un estado pasional, delirio o como consecuencia de síndrome de abstinencia (De la Torre, 1999).

-Aparición brusca o al menos rápida, diferenciándolo de la *enajenación mental* y otorgándole un carácter de imprevisibilidad.

-Duración breve, con una curación completa, sin dejar secuelas y sin probabilidades de repetición.

-Con una intensidad tal que origine una anulación completa de sus capacidades intelectivas y/o volitivas. Si tal intensidad es muy alta la eximente será completa, en caso de que sea más baja se aplicará la eximente incompleta.

-Que la anomalía no haya sido provocada por el autor con propósito de cometer el delito en cuestión, o para lograr la impunidad del hecho antijurídico.

Sobre este último punto se pronuncia el artículo 20.1 del Código Penal en el sentido de que “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”. De este modo es posible que el sujeto sea irresponsable en el momento del delito, pero responsable en un momento anterior, cuando provocó tal estado mental, o no lo previno cuando pudo hacerlo.

Como indica Arias (2003), lo esencial, desde el punto de vista del jurista, no es el padecimiento de una determinada enfermedad mental, sino el efecto psicológico, que puede deberse a múltiples causas, lo cual es aplicable al trastorno mental transitorio como manifestación concreta del concepto de alteración o anomalía psíquica limitada en su duración, frente a la situación de inimputabilidad permanente. Se trata de una anomalía o alteración psíquica con pérdida intensa de las facultades intelectivas y volitivas. La opinión mayoritaria de la doctrina coincide en aceptar este requisito en el que no se observan diferencias respecto de lo exigido para otras alteraciones o anomalías psíquicas con carácter permanente, excepto en cuanto a su duración que es limitada.

4.2.3.2. Valoración legal y jurisprudencial.

Pese que en su descripción ya se han subrayado los efectos jurídicos que se ejercen en los diversos supuestos es necesario delinear unos aspectos esenciales en relación a este fenómeno .

Como se ha venido diciendo, cuando se produce el trastorno mental transitorio se considera que la persona no es imputable, es decir, no es responsable de lo que hizo y por tanto queda exento de cualquier pena (aunque se podría tomar medidas de seguridad). Si los criterios no se cumplen totalmente se entiende que hay una situación de semiimputabilidad. Sin embargo, si la pérdida de las capacidades volitivas e intelectivas no es total, entonces se habla de arrebató u obcecación y en este caso se considera que la persona es parcialmente responsable (imputable) y por tanto es una condición atenuante (Buela-Casal y Sierra, 1997). No obstante, la condición de eximente completa solo se aplica a la práctica cuando dicho trastorno cursa simultáneamente sobre una base psicopatológica probada, generalmente esquizofrenia (Ailhaud, 2002), pudiendo ser esta de etiología endógena o suscitada por un consumo de sustancias que causa psicosis.

Así lo reflejan la SSTS de 15 de abril de 1998, 6 de julio de 2001 y más recientemente la STSS de 19 de julio de 2011. En ellas la doctrina se mantiene firme en este planteamiento y así lo clarifica al establecer en relación al trastorno mental transitorio que: “En el entendimiento de que la eximente completa requiere la abolición de las facultades volitivas e intelectivas del sujeto, prevalece la eximente incompleta cuando el grado de afección psíquica no alcanza tan altas cotas”. Del similar modo acaba detallando al respecto del mismo que: “Viene estimándose que dicho trastorno, con fuerza para fundar la eximente, supone, generalmente sobre una base constitucional morbosa o patológica, sin perjuicio de que en persona sin tara alguna sea posible la aparición de indicada perturbación fugaz, una reacción vivencial anormal, 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.”

A tal respecto, el Tribunal Supremo considera que la existencia del trastorno debe establecerse no sólo a raíz de la comisión del hecho delictivo, sino por otras manifestaciones de la personalidad del sujeto anteriores a aquél, donde encontramos patologías incapacitantes de la esfera psicótica que pueden ser causa de total exención, y trastornos de la personalidad que pueden actuar como eximentes completas o incompletas.

Los estudios que han revisado la jurisprudencia han encontrado que los trastornos más usuales que se asocian al trastorno mental transitorio en su ejercicio de eximente completa o incompleta suele ser el trastorno por consumo de sustancias, especialmente el alcohol, y la ingesta de drogas (Arias, 2003) con especial incidencia la drogadicción a la heroína (Lozano, Sarasol, y Martínez 2008).

4.2.3.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses.

Por todas las características mencionadas con anterioridad (con causa inmediata, repentino, breve, sin secuelas posteriores, etc.), su evaluación por parte de un psicólogo forense de cara a que este se pronuncie acerca de una posible exención de la responsabilidad criminal resulta verdaderamente ambigua, debiéndose analizar las condiciones particulares del sujeto, los antecedentes del hecho, el hecho mismo, los móviles que le induzcan a producirse de forma violenta y los actos que le subsiguieron (Sierra et al., 2006).

No obstante, creemos necesario señalar la incoherencia que se da ante este hecho: el trastorno mental transitorio parte del requisito de que no puede dejar secuelas, sin embargo, posteriormente, se le pide una evaluación al psicólogo forense que consta, entre otras cosas, de la evaluación de secuelas psicológicas. Esto resulta aparentemente imposible, a la vez que carece de rigor científico. Y es que aunque sea escasa la duración del trastorno mental transitorio, desde el punto de vista pericial aparecen generalmente otras manifestaciones patológicas, pues como lo señala Calabuig (2004): “es prácticamente imposible que la duración del trastorno, aunque pasajero, sea tan reducida que no haya dado algunas pruebas de su existencia ”(p.927). El principal problema al valorar la entidad de la perturbación radica como lo señala Mengual (1987), en que las valoraciones periciales se efectúan *ex post*, entonces, si se admiten como requisitos del trastorno mental transitorio aspectos como la curación sin secuelas, la intensidad de la perturbación y el

espacio temporal reducido, resulta difícil, por no decir imposible, la constatación científica de su aparición por parte de un perito.

Por ello, según recogen Sierra et al. (2006), la idea de trastorno mental transitorio es una figura que evoca numerosas críticas y discrepancias desde diferentes ámbitos: como la Psicología, la Psiquiatría o el Derecho. Según estos, para diversos autores este concepto carece de la relevancia para incidir en la responsabilidad criminal y algunos propugnan su desaparición, amparándose en el hecho de que su demostración científica es tan difícil que su exclusión como eximente no representaría ningún inconveniente para la práctica judicial.

4.2.4. Trastornos de la Personalidad

La evaluación de la personalidad se utiliza en un amplio rango de contextos legales y forenses como parte del proceso de toma de decisiones legales, desde la responsabilidad criminal desde la custodia infantil, la evaluación del riesgo de violencia, la valoración del daño psíquico (Melton, Petrila, Poythress y Slobogin, 2007). En el ámbito penitenciario, la evaluación de la personalidad puede suponer un recurso crítico para detectar a los individuos violentos, la conducta autodestructiva o la descompensación psicótica, así como para decidir sobre la asignación del tratamiento y el lugar adecuado para los internos. También puede desempeñar un papel importante en la toma de decisiones sobre la libertad condicional o las condiciones específicas para control y supervisión (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor, y Corral, 2010). Huelga decir, por lo tanto, que la evaluación psicológica de la personalidad es un área preponderante en el ámbito forense por su relevancia y practicidad.

4.2.4.1. Descripción Clínica.

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás. Los *rasgos de personalidad* solo se transforman en *trastornos de la personalidad* cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Hay configuraciones anómalas de la personalidad egosintónicas y personalidades egodistónicas. Los egosintónicos hacen

sufrir; no saben ni aceptan que tienen un trastorno; tienen problemas en las relaciones interpersonales y piensan que son los demás los culpables de ello; son incapaces de mantener un trabajo estable o una relación afectiva prolongada en el tiempo; pueden tener síntomas depresivos o ansiedad y, sin embargo, no responden a los tratamientos convencionales. Los egodistónicos, por el contrario, sufren, se sienten desgraciados y les gustaría ser de otra manera. (Esbec y Echeburúa, 2011).

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por una *disfunción global de los patrones de comportamiento y sentimiento del individuo*. Constituyen por lo tanto patrones mal adaptativos de la personalidad, que se manifiesta desde la adolescencia y acompañan al individuo durante toda su vida y produce una clara limitación en su funcionalidad. La diferencia entre una personalidad peculiar y una personalidad trastornada se encuentra en la presencia de dicha limitación funcional, que afecta a sus relaciones interpersonales, al ámbito laboral, su desarrollo personal y su calidad de vida (Molina, Trabazo, López, y Fernández, 2009).

Hoy en día el porcentaje que se maneja en España con relación a la presencia de este trastorno es de aproximadamente el 10% en población general (Esbec, 1997) y el 15-20% en población reclusa (Hare, 1999).

El DSM-V incorpora el *trastorno esquizotípico de la personalidad* dentro de la categoría de *Trastornos de la esfera Esquizofrénica y otras psicosis*, mismo proceder que se ha realizado con el *trastorno antisocial de la personalidad* al incluirlo en el apartado de *Trastornos de control de los Impulsos*. Esbec y Echeburúa (2011) explican este cambio en la nueva edición es debido a la co-ocurrencia (comorbilidad) de estos trastornos de la personalidad con algunos trastornos mentales que eran ubicados en el anterior Eje I, a razón que se podía considerar el trastorno de personalidad como una forma de inicio precoz de esos cuadros. Según los autores, ésto se podía deber a que algunos trastornos de personalidad podrían no ser desviaciones extremas de las estructuras de personalidad, sino fenómenos biológico-patológicos que se han montado sobre una personalidad normal y que, por tanto, pueden comportarse como la mayoría de los trastornos mentales

La versión quinta también ha optado por incorporar una dimensionalidad sin excluir las categorías diagnósticas que ya venía estableciendo el DSM-IV-TR, que como indica Livesley (2001) la validez de la mayoría de estos diagnósticos no ha sido establecida empíricamente ya que no se ha logrado la validez de los grupos diferenciales del DSM (conglomerados A, B y C), que parecen apoyarse más en la tradición y en el consenso que en los datos empíricos. Sin ánimos de

entrar en debate y sin ser objeto del presente tratado, en las siguiente líneas nos valdremos de los principios postulados por el DSM-V (APA, 2013).

La perspectiva dimensional no es una innovación del citado manual. En el modelo de Millon ya se determinaba tal supuesto, entendiendo la “normalidad” y la “patología” como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas (Millon, 2002). No hay una línea divisoria tajante entre las dos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. La diferencia fundamental es que las personalidades “normales” son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. Así, se entiende por personalidad normal los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Los trastornos de personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual. Es decir, la personalidad normal y saludable se caracteriza porque tiene capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa, las percepciones sobre sí mismo y su entorno son fundamentalmente constructivas y por último, los estilos característicos de su conducta son promotores de salud. Mientras que la personalidad con trastornos afronta las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y con conductas desadaptativas, tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes, y al contrario que el anterior, sus patrones predominantes de conducta tienen efectos perniciosos sobre la salud. De este modo no existirían categorías nosológicas concretas para cada uno de los trastornos que afectan a la estructura de la personalidad sino rasgos o estilos de personalidad que debido a su intensidad en la dimensión serían susceptibles a conceptualizar un trastorno (Millon, 2007).

La teoría de Millon no es la única que apoya este planteamiento dimensional respecto a los trastornos de personalidad, pudiendo citar algunos autores de reconocido renombre en el campo cuyas tesis apoyan esta postura, tales como: Livesley y Jackson (2009); Shedler y Westen (2005); Oldham y Skodol (2000); Siever y Davis (1991), entre otros.

De este modo se han podido establecer unas características comunes a todos los trastornos de personalidad ([Molina et al., 2009](#)):

a) Escasa flexibilidad adaptativa, que refleja tendencia consistente en relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles, que se aplican de forma siempre igual.

b) Tendencia a crear circuitos de retroalimentación patológica, producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique.

c) Labilidad, que se manifiesta en la fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés.

El DSM-V, siguiendo la misma línea que el DSM-IV-TR, operativiza estos criterios del siguiente modo:

Tabla 8

Criterios genéricos DSM-V para los Trastorno de Personalidad

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o mas) de las siguientes áreas:

1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana

E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).

El DSM-V, valiéndose de la clasificación taxonómica clásica, los divide en Cluster A (paranoide, esquizoide, esquizotípico), Cluster B (límite, antisocial, histriónico, narcisista) y Cluster C (de evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo). Por tal de no extendernos en exceso en su descripción clínica nos valdremos de su repercusión criminológica y psicológico forense para desarrollar su definición.

4.2.4.2. Valoración legal y jurisprudencial

La doctrina legal de forma tradicional ha hecho referencia a los trastornos de personalidad como *psicopatías* o *personalidades psicopáticas*, muy probablemente en un uso desafortunado y anticuado de la asignación que realizaba Kraepelin (1904) respecto a éstas. La razón de todo ello se puede deber al disenso entre ciertos sectores científicos que no parecen ponerse de acuerdo al respecto, debido a la no familiaridad de los juristas ni con el argot psicológico psiquiátrico ni con los avances científicos y la innumerable cantidad de investigaciones que hasta la fecha de hoy se han venido realizando al respecto desde diversas disciplinas (Pozueco, Romero y Casas, 2011; Lorenzo y Agustina, 2016).

Ya la jurisprudencia, en la STS de 19 de septiembre de 1988 (RJ 1988\6797), ya matizaba que bajo la común designación de personalidad psicopática, la realidad empírica ofrece múltiples variedades de semejantes trastornos de la personalidad, que no siempre comportan potenciales conductas delictivas, y, aun conllevándolas en algunos supuestos, generalmente en determinada dirección dentro del campo de lo ilícito, siempre habrá que atender a las concretas y comprobadas circunstancias individualizadoras que acompañen y secunden al agente delictivo, no debiendo elaborarse fórmulas generales en base a una etiqueta genérica de psicopatía.

Fonseca (2007) en su revisión de la jurisprudencia española valoró que con el actual Código Penal se ha ampliado el espectro de posibilidades en relación a la repercusión de estos trastornos en la imputabilidad, que puede oscilar desde la irrelevancia penal hasta la eximente completa del art. 20.1 CP, pasando por la eximente incompleta del art. 21.1 CP y la atenuante analógica del art. 21.6 CP, dependiendo de la incidencia que la misma tenga en las facultades mentales del sujeto y la conexión de dicho trastorno con los hechos perpetrados.

Lorenzo y Agustina (2016) realizaron una revisión de la jurisprudencia y hallaron que para exigir la exención completa o incompleta de la responsabilidad criminal era necesario: *la doble concurrencia de un elemento biopatológico y, junto a él, de otro constituido, bien por la dificultad de comprensión por parte del sujeto respecto a la significación que tiene su comportamiento para el Derecho, bien por la ausencia o merma de su autonomía para determinarse en su conducta a resultas de aquella comprensión* (STS 3 de febrero de 2009). Añadiendo que *los trastornos de la personalidad o psicopatías (...) tienen encaje en el art. 20.1, pues se trata sin duda de anomalías o alteraciones psíquicas* (STS núm. 2167/2002, de 23 de diciembre); (...) *Cuando las psicopatías*

ofrezcan una intensidad o profundidad graves o se presentan asociadas a otras enfermedades mentales de mayor fuste o entidad, pueden determinar, en su caso, una merma, disminución o aminoración de las facultades cognoscitivas o de las volitivas del sujeto y, en último término, una limitación, más o menos grave, de su capacidad de determinación (SSTS de 9 diciembre 1988, 24 enero 1991, 6 mayo y 9 junio 1992, 22 mayo y 14 octubre 1993 y 4 octubre 1994)”.

En base a la revisión de los autores, el Juzgador deberá individualizar cada caso sirviéndose de estas indicaciones y, con auxilio del perito, determinar la inimputabilidad del encausado valorando si las circunstancias que concurrieron al hecho casan acorde a un juicio que le exima de responsabilidad. Tomando en cuenta este presupuesto, en resoluciones anteriores la jurisprudencia vino a señalar lo siguiente: 1) *las psicopatías no tienen su reflejo tasado e inmutable en la modificación de la responsabilidad criminal*, que se deben ponderar en cada caso concreto, para determinar si se afectan a la inteligencia y voluntad del sujeto (STS de 17 de abril 1990); 2) *la anormalidad caracterológica del psicópata ha de estar en relación causal con el hecho delictivo* (SSTS de 24 enero 1991 y 23 febrero 1993) y *el tipo de delito ha de estar en relación con el tipo de psicopatía para que modifique la imputabilidad* (STS de 6 febrero 1987).

Nos remarcan los autores que la realidad es que su aplicación como eximente completa por alteración psíquica resulta exigua y anecdótica, empleándose solo por el Tribunal Supremo en SSTS de 27 de febrero de 1936 (RJ 1936\501) y 22 de abril de 1982 (RJ 1982\2110), a las que se suman algunas otras dictadas por distintas Audiencias Provinciales, siendo en este último caso la plena exención de responsabilidad criminal provocada en algunos casos por la sola existencia de trastorno de personalidad (aunque muy grave) y en otras por la combinación con otras patologías, alcohol o drogas, siendo más habitual su aplicación como eximente incompleta.

Por lo general, la jurisprudencia las valora penalmente como *atenuantes analógicas*, circunstancia que concierne con la opinión de los expertos (Jiménez y Fonseca, 2006) y, como ya se ha dicho, en trastornos de personalidad especialmente graves –generalmente asociados a otras patologías–, han sido valorados como *eximente incompleta* (STS 14 de mayo de 2001). También cabe por supuesto las ocasiones en que la doctrina jurisprudencial los ha considerado *irrelevantes*, por estimar que en el caso concreto no se encontraba afectada dicha capacidad de conocimiento y voluntad, elementos básicos del juicio de imputabilidad.

Como apunte meramente anecdótico que sirva para ejemplificar las intentivas de acercamiento por parte de la doctrina hacia la actualidad en las ciencias de salud mental, así como la

incidencia que los peritos en psiquiatría y psicología forense tenemos en el contexto legal, la STS de 18 de abril de 2006 (RJ 2006\2289) define los trastornos de personalidad, con un tenor casi literal, con los mismos criterios diagnósticos que establece el DSM-IV-TR.

4.2.4.3. Consideraciones criminológicas y psicológico forenses

La relevancia clínica y jurídico-penal de los trastornos de la personalidad (TP) en las conductas violentas graves es indiscutible. Estas anomalías psicopatológicas pueden afectar a la imputabilidad de los hechos delictivos, constituyen un factor importante en la valoración del riesgo de violencia (peligrosidad criminal), determinan la fenomenología, el curso, el pronóstico y la respuesta al tratamiento de otros trastornos mentales y, por último, condicionan la adaptación al medio penitenciario (e incluso hospitalario), con dificultades añadidas en la rehabilitación y reinserción de estos sujetos.

En este apartado nos delimitaremos a desarrollar la injerencia de los trastornos de personalidad en el ámbito forense y como la naturaleza de cada una de estas entidades mórbidas afecta de un modo muy concreto a la producción criminal en nuestro territorio, encontrando los diversos estudios diferencias cruciales entre cada una de ellas.

Si tomamos un acercamiento desde cada *nivel de grupo* (Cluster A, B y C), Martínez, López, y Díaz (2001) llevaron un estudio a cabo analizando 73 sentencias del Tribunal Supremo, donde la característica principal era que los imputados habían sido diagnosticados con algún trastorno de la personalidad. Los resultados revelaron que los sujetos diagnosticados con algún trastorno dentro del grupo A son los que mayor violencia ejercen, en comparación con la violencia ejercida por otros sujetos diagnosticados con trastornos de los grupos B o C.

En diferente sentido Esbec y Echeburúa (2010) en su estudio revelaron que las personas que conforman el grupo A son, en general, menos violentos que los del grupo B, pero la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social de estos sujetos si están directamente relacionados con los tipos de violencia más grave. El grupo C contribuye menos a la violencia, al estar integrado por personas sumisas, necesitadas de seguridad y que están emparentadas con personalidades sobrecontroladas. No obstante estas personas pueden presentar cólera y furia intensa ante el temor del abandono o rechazo. Así, son relativamente frecuentes los actos de violencia grave contra la pareja y agresiones sexuales.

En esta dirección, Guerrero (2007) estudió 327 sentencias extraídas del Tribunal Supremo, encontrándose una presencia alta de delitos violentos cometidos por sujetos diagnosticados con los trastornos Esquizoide y Esquizotípico, siendo cometidos además estos delitos con absoluta frialdad y violencia.

Vicens (2012) desarrolló un estudio sobre una muestra de 243 pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Catalunya en el que intentaba determinar si existía relación entre la violencia y la enfermedad mental. Sus resultados mostraron que del total de pacientes que fueron diagnosticados con un trastorno de la personalidad del Grupo A, el 11.4% habían cometido delitos violentos, y el 10.9% delitos no violentos. Del Grupo B, el 52.3% habían cometido delitos violentos, y el 45.5% delitos no violentos. En el Grupo C, el 4.5% habían cometido delitos violentos. Ninguno de ellos había cometido delitos catalogados como no violentos.

López, Lafuente, y García (2007) estudiaron una muestra de 236 internos de los Centros Penitenciarios de Daroca y Zuera (Zaragoza) con el objetivo de hacer un análisis descriptivo de los Trastornos de Personalidad a través del uso del cuestionario IPDE (Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad), encontrando que el trastorno de la personalidad más prevalente en el grupo A fue el trastorno Paranoide con una tasa del 41.1%, en el grupo B el Trastorno Narcisista, con una tasa de prevalencia del 59.7% y el Trastorno Antisocial con una tasa del 47.5%, y en el grupo C el trastorno Obsesivo-Compulsivo, con una tasa del 63.6%,

Ortiz-Tallo, Sánchez, y Cardenal (2002) realizaron un estudio sobre una muestra de 90 delincuentes varones penados por delitos sexuales e internos en el Centro Penitenciario de Alhaurín de la Torre en Málaga. Este estudio reveló que los delincuentes sexuales de menores se muestran como el grupo de sujetos con menos alteraciones estables de la personalidad aunque con rasgos de personalidad dependientes, fóbicos y compulsivos, todos ellos englobados dentro este grupo.

Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) en su trabajo sobre trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra su pareja recogen datos de estudios previos sobre tipologías de maltratadores, en los que aparecen descritos como más frecuentes los Trastornos Antisocial de la personalidad, el Límite y el Narcisista, todos ellos pertenecientes al Grupo B.

Aunque los resultados de los distintos estudios no se ponen de acuerdo a la hora de establecer si las personas que conforman el grupo A cometen más delitos en comparación con las que conforman el grupo B y C, si parecen resaltar la idea de que el tipo de delitos que estas personas llevan a cabo llevan aparejados un tipo de violencia más grave que las personas de los otros dos grupos.

En conclusión, aunque las personas que conforman el Grupo A son las más violentas, las personas con trastornos integrados en el Grupo B muestran también una relación bastante alta con conductas delictivas, además de una mayor versatilidad criminal y mayor número de antecedentes en comparación con los otros grupos. Esto podría explicarse por el hecho de que en este grupo encontramos los trastornos que más se han estudiado en relación a la conducta delictiva, con el Trastorno Antisocial a la cabeza, seguido por el trastorno Límite y el Narcisista en tercer lugar. El grupo C es el que menos incurren criminalmente, y en caso de desarrollarlas, suelen ser delitos violentos, con la excepción del tráfico de drogas.

Pese que nuestro foco de interés recae en el territorio de nuestra nación, la incidencia de estos fenómenos no se circunscribe sólo en éste, siendo también patente su resonancia jurídico forense en otros países. A título de ejemplo, una investigación realizada por Eronen et al. (1996) basado en el estudio de 485 casos (70%) de una muestra total de 693 homicidios durante un periodo de 8 años en Finlandia, encontraron que el 6% presentaba diagnóstico de esquizofrenia, 2% otras psicosis y el 33% presentaba algún trastorno de personalidad.

Siguiendo a Vazquez (2012) pasaremos a delimitar una definición de cada subtipo en relación con aquellos delitos que más comúnmente le vienen aparejados en conjunto con su valoración judicial:

1. Clúster A

a. *Trastorno paranoide de la personalidad.* Estos individuos se caracterizan por ser suspicaces, desconfiados, cautelosos, vengativos y responden con ira al interpretar que los actos de los demás cursan con engaño, desaprobación y traición. Protagonizan constantes conflictos con su cónyuge debido a su elevada predisposición a los celos patológicos y poseen una actitud autorreferencial constante tendiendo a sentirse agraviados, por lo que suelen incurrir en injurias, falsas denuncias, etc.

Se trata de personas que no quedan satisfechas con las acciones de los demás por lo cual acuden de manera repetitiva a los tribunales para plantear quejas, reclamaciones o denuncias convirtiéndose en verdaderos pleitistas.

Los actos delictivos más probables en estos sujetos son los delitos contra las personas, particularmente lesiones, homicidios, asesinatos, que rara vez no llevan aparejada violencia y generalmente cometen también actos contra el orden social o jurídico.

Según Esbec y Echeburúa (2010) es probable que antes de que el delito ocurra aparezca un desencadenante que puede consistir en una agresión real o imaginaria a su autoestima; la motivación a la hora de delinquir suele ser por venganza, rencor, sentimientos de humillación, vergüenza o celos; tampoco suelen mostrar arrepentimiento posterior justificando su conducta en el cumplimiento de un deber. La mayoría de los delitos violentos cometidos por personas con Trastorno Paranoide suelen estar dirigidos hacia otras personas y no suelen aparecer de golpe, sino que pueden ir acompañados de avisos previos al ataque final, siendo algún desencadenante el precipitador de la conducta violenta. Actúan solos la mayoría de las veces y suelen ser muy violentos en sus actos.

Estas personas suelen cometer sus actos con premeditación y alevosía, y antes de atacar suelen dar avisos o señales de lo que van a hacer, tales como amenazas o ataques menores.

Los mismos autores determinan que el Trastorno Paranoide también se ha visto en algunas muestras de asesinos en masa o en serie así como en personas que, tras prestar sus servicios a la sociedad, (como militares) se han sentido defraudados por no haber sido recompensados por la misma.

En conclusión los autores coinciden a la hora de determinar que la mayoría de los delitos violentos cometidos por personas con Trastorno Paranoide suelen estar dirigidos hacia otras personas y no suelen aparecer de golpe, sino que pueden ir acompañados de avisos previos al ataque final, siendo algún desencadenante el precipitador de la conducta violenta. Actúan solos la mayoría de las veces y suelen ser muy violentos en sus actos.

González-Guerrero (2007) indica que el 85% de los delitos cometidos por individuos con este trastorno son cometidos en solitario, algo que concuerda con la idea de individualidad que tienen estas personas, quienes tienden a desconfiar de los demás. En caso de que estas personas actúen en grupo, lo harán junto a personas que tengan las mismas convicciones o que no representen una amenaza real o imaginaria para ellos.

Cuando el trastorno es muy grave existen similitudes muy cercanas al Trastorno Delirante, por lo que su integridad penal se ve afectada y puede cursar atenuación analógica, e incluso eximente incompleta.

b. Trastorno esquizoide de la personalidad. La característica principal de los individuos que sufren este trastorno es su distanciamiento de las relaciones sociales y su restricción de la expresión emocional. Son personas que tienen una gran dificultad para establecer relaciones sociales, debido entre otras cosas, a su indiferencia ante la aprobación o crítica de los demás. Siguiendo a Durand y Barlow (2012), se puede decir que quienes sufren este trastorno manifiestan un patrón de desapego de las relaciones sociales y una gama de emociones muy limitadas en situaciones interpersonales.

La violencia en estas personas es poco probable aunque puede ser extrema, ya que se trata en la mayoría de las ocasiones de una violencia expresiva, que está mediada por las fantasías y la falta de sentimientos hacia las personas. Con frecuencia existe una ausencia de precipitantes externos claros, por lo que las agresiones, al responder al mundo imaginario del sujeto, son inesperadas y, en consecuencia impredecibles. Aunque son personas que normalmente necesitan una gran estimulación para llegar a experimentar emociones, se ha comprobado que la emoción que más claramente se ve en ellos es la ira, y, aunque normalmente no son violentos, pueden llegar a tener graves explosiones de cólera si se les invade su espacio personal o se les molesta (Esbec y Echeburúa, 2010).

Con respecto a las conductas delictivas no violentas diversos autores señalan que los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden tener trascendencia en el ámbito forense por presentar dificultad para conocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a comportamientos excéntricos, conductas extravagantes, hurtos, robos, etc. (Carrasco y Maza, 2005; Jiménez y Fonseca, 2006).

En definitiva, podemos afirmar que estas personas no suelen cometer delitos, pero cuando lo hacen, la violencia utilizada puede llegar a ser extrema debido a los sentimientos de cólera que pueden llegar a desarrollar.

Sabemos que estos individuos tienen una mayor vulnerabilidad al estrés y en ocasiones presentan cuadros psicóticos. En estos casos, su conciencia y su capacidad cognitiva puede verse alteradas, razón para revisar su imputabilidad.

c. *Trastorno esquizotípico de la personalidad.* Lo que define a este trastorno es un patrón de déficits sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognitivas y perceptivas y excentricidades en el comportamiento. Quienes reciben este diagnóstico son considerados a menudo por los demás como personas extrañas o bizarras por la forma que tienen de relacionarse con otras personas, pensar y hasta por la forma de vestirse. También es característico en ellos las ideas de referencia (pensar que sucesos insignificantes se relacionan de manera directa con ellos). Tienen creencias raras o se entregan a “pensamientos mágicos” considerando, por ejemplo, que son clarividentes o telépatas. Además refieren experiencias perceptivas inusuales, como sentir la presencia de otra persona cuando están solas (Barlow y Durand 2001).

No existen muchos datos que avalen el tipo de relación que hay entre el Trastorno Esquizotípico y las conductas delictivas, quizá por la tendencia a diagnosticar a estas personas de forma errónea como esquizofrénicos. En caso de cometer delitos violentos suelen hacerlo de forma impulsiva y sin planificación alguna, guiados por algún tipo de pensamiento ilusorio o extravagante, todo esto hace tan impredecible la comisión del delito como facilita la identificación del autor.

En función del gradiente de su trastorno, su inteligencia y comprensión se verá mermada pudiendo ser causa de eximente. Esta será más clara aún si cursa con delirio psicótico esquizofrénico (Yáñez, 2002).

2. Clúster B

a. *Trastorno antisocial de la personalidad:* El comportamiento de estos individuos es generalmente contrario a las normas sociales y se caracterizan por mantener relaciones interpersonales frías, superficiales, donde suele aparecer la infidelidad y promiscuidad sexual y en las que únicamente valoran a las personas en función de cuan útiles en la práctica les puedan resultar. Así mismo, son sujetos manipuladores, mentirosos, que carecen de empatía, egocéntricos y crueles y se describen a sí mismos como individuos intrépidos y ávidos de emociones intensas. Las personas que padecen este trastorno tienen una conducta antisocial crónica, basada en la violación constante de los derechos de los demás.

Las características señaladas por Ailhaud (2002) de la psicopatía son: pobreza general de reacciones afectivas, incapacidad para aprender de la experiencia, impulsividad, falta de autocrítica, superficialidad en sus relaciones interpersonales, desprecio a la verdad e inteligencia técnicamente inalterada.

Los esquemas mentales que desarrollan estos individuos se basan en autosuficiencia, superioridad, control y explotación del entorno y falta de empatía, manifestado todo ello en una ausencia total de responsabilidad por el sufrimiento de otras personas. Su comportamiento se define como agresivo, temerario y precipitado, son arrogantes, no suelen mantener sus promesas y mienten constantemente, pueden decir lo que los demás quieren escuchar para provocarles compasión, no son cooperativos, tienden a provocar peleas, son vengativos y beligerantes. Tienen incapacidad para aprender las consecuencias negativas de sus actos, confían mucho en sí mismos y desconfían de los demás, carecen de valores éticos o morales, para ellos el resto de personas son objetos a utilizar, tienen baja tolerancia a la frustración y vulnerabilidad alta al aburrimiento. En ocasiones presentan trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con consumo de sustancias (adicciones a tóxicos), trastornos de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos y suele observarse de manera asociada, criterios para otros trastornos de la personalidad, en especial los trastornos límite, histriónico y narcisista.

Es el que mayor interés jurídico y forense tiene, ya que estos sujetos son los que más delinquen y los que mayor alarma social producen. Su falta de sentimiento de culpa se traduce en todo tipo de justificaciones para sus actos, de modo que se muestra a sí mismo como incomprendido o víctima de la sociedad, guiándose siempre por sus propias reglas y no admitiendo nunca el menor remordimiento o vergüenza por sus actos (Jiménez y Fonseca, 2007).

Es importante no caer en el error de confundir el Trastorno Antisocial con la *Psicopatía*. El error es común puesto que la relación entre la psicopatía y el Trastorno Antisocial es asimétrica, prácticamente el 90% de los delincuentes psicópatas cumplen los criterios del Trastorno Antisocial, pero sólo el 25% de éstos podría diagnosticarse según los criterios del PCL-R de Hare como psicópata (López y Gaitán, 2009). En el DSM-5 figura descrito el trastorno antisocial de la personalidad, que está centrado fundamentalmente en las conductas antisociales (Esbec y Echeburúa, 2010). La psicopatía va más allá de este constructo y está integrada por indicadores conductuales (estilo de vida y faceta antisocial), pero también por rasgos de personalidad (aspectos interpersonales y emocionales). Si bien la psicopatía no figura como tal en el DSM-5, probablemente por una cuestión de política criminal (perder peso como eximente o atenuante al no ser calificada de trastorno mental), en las especificaciones del trastorno antisocial existe la posibilidad de añadir si existen o no manifestaciones psicopáticas. Se incluye, por tanto, el componente de desinhibición e irresponsabilidad, como el de mezquindad, es decir, los rasgos relacionados con la insensibilidad o la falta de remordimiento, la manipulación y la agresión

depredadora. Todo ello es muy similar a los actuales factores II y I de la psicopatía (Esbec y Echeburúa, 2016).

Recientemente, Dujo, Horcajo, y Marín (2016) hacen un análisis de las repercusiones forenses de la psicopatía. Estos autores concluyen que existe una tendencia general en la resolución de sentencias que considera al psicópata como plenamente responsable de sus actos a no ser que aparezca en comorbilidad con otro tipo de trastorno. Por lo que el elemento patológico clave para considerar algún efecto sobre la imputabilidad del penado debe suponer una afectación relevante de las facultades psíquicas de comprensión de la ilicitud de la conducta o de la libertad de actuar conforme a dicha comprensión, es decir, no es suficiente la presencia psicopática. Sin embargo, existe un gran sesgo de este tipo de personalidad, en muchas ocasiones la psicopatía se ve ensombrecida por un sobrediagnóstico de Trastorno disocial o Trastorno antisocial de la personalidad (STS de 18 de febrero de 2003; SAP de Asturias de 30 de diciembre de 2002).

Abundan actos delictivos como robos, agresiones, chantajes, estafas, violaciones y hasta homicidios o asesinatos. La mayoría de sus víctimas suelen ser desconocidas y ya que su violencia es puramente instrumental, hace que este trastorno sea el que más alarma y preocupación genera en la sociedad. Es común que el sujeto tenga antecedentes penales y se produzca una escalada de la violencia a lo largo de su actividad delictiva.

Son conscientes de lo que hacen en cada momento y por eso también responsables de sus actos. Por como ya hemos comentado, muchos autores ven en ellos absoluta imputabilidad, criterio este también predominante entre los jueces.

b. Trastorno Límite de la personalidad. Consiste en un patrón de inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales junto a un ánimo inestable y caprichoso. Estos individuos suelen presentar una marcada sensación de vacío y aburrimiento, se implican en relaciones intensas e inestables (pasando de la idealización de la persona a su devaluación), con frecuentes y rápidos cambios de humor, realizando continuos intentos y amenazas suicidas con automutilaciones recurrentes.

Todo esto parece tener como consecuencia reacciones de ira inapropiada, conductas violentas y agresividad impulsiva reactiva a situaciones estresantes o al ser criticados y frustrados en sus actos impulsivos por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro. Además existe cierto porcentaje con comorbilidad con ideación paranoide

transitoria, y descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración (Guerrero y Sánchez, 2005).

Parece existir cierta relación con algunos trastornos de los impulsos y los trastornos por consumo de sustancia psicoactivas (utilizan el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida), de la personalidad antisocial y de los trastornos de la alimentación.

Son más vulnerables a implicarse en conductas delictivas e impulsivas tales como robos, pequeños hurtos, conducción peligrosa, actividades sexuales de alto riesgo y actos violentos. La mayoría de estas acciones son llevadas a cabo por un intento de ser queridos o ser integrados en un grupo, intentando buscar su identidad perdida. Así, cuando ellos no son autodestructivos, pueden ser *antisociales*.

También pueden implicarse reiteradamente en amenazas y denuncias hacia miembros de la familia y en el ámbito laboral hacia los superiores. Si tienen reacciones delirantes, los delitos relacionados con ello son generalmente de persecución o celotípicos.

Aunque la *inteligencia* de los sujetos con TLP no tiene por qué estar mermada, la impulsividad que manifiestan les lleva a no ser capaces de prever las consecuencias de sus actos. Hay datos que muestran que el sujeto límite puede actuar sin que pueda controlar su conducta (alteración de la voluntad) e incluso en ocasiones debido a episodios psicóticos breves (alteración del juicio de realidad) (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005), por lo que la imputabilidad se ve directamente cuestionada en los casos más graves.

c. *Trastorno Narcisista de la personalidad.* Estas personas se caracterizan por sus sentimientos de importancia y grandiosidad (en imaginación o en comportamiento), fantasías de éxito, necesidad de atención y admiración, exhibicionismo, necesidad de explotación interpersonal y falta de empatía.

Siguiendo los resultados del estudio realizado por Esbec y Echeburúa (2010), este trastorno se diagnostica poco en muestras forenses. En los casos encontrados, las reacciones violentas que se dan en personas con Trastorno Narcisista son consecuencia de una herida en su ego. También hallaron que distintas facetas del narcisismo, como el autoritarismo y la explotación de los otros, están fuertemente relacionadas con la agresión. Como rasgo, el narcisismo se encuentra frecuentemente en todo tipo de sujetos violentos, en especial antisociales y psicópatas, que

habitualmente antepone sus deseos a las necesidades y derechos de los demás; este rasgo, junto con el paranoide hacen que el riesgo de conductas violentas se incremente.

Los autores establecieron que en las tipologías de delitos este trastorno se ha encontrado en distintas muestras de agresores sexuales, algo que concuerda con la característica principal del narcisista de satisfacer sus propias necesidades usando al resto de personas como meras herramientas para lograr sus objetivos. También se han hallado personas con este trastorno imputadas por violencia contra la pareja. El principal delito en el que suelen verse inmersos es la violencia de género, siendo sus parejas o ex parejas sus principales víctimas (Esbec y Echeburúa, 2010).

Estas personas suelen reaccionar con violencia cuando sienten que su ego ha sido herido, también se les relaciona con delitos de agresión sexual debido a su necesidad de satisfacer sus propios deseos, viendo a los demás como meras herramientas para lograrlo.

Estas personas entienden la diferencia entre el bien y el mal, y por ello, pueden reconducir sus actos debido ya que no carecen de las capacidades mínimas exigidas, y por lo tanto, son imputables.

d. *Trastorno histriónico de la personalidad.* A las personas que padecen este trastorno se las define como personas excitables y emotivas con comportamientos pintorescos, dramáticos y extravertidas, con una marcada incapacidad para mantener vínculos profundos y duraderos con el resto de personas. La conducta de estos individuos es teatral, reactiva y expresada intensamente, con sus relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

En cuanto a delitos más comunes, estas personas pueden llegar a provocar accidentes o gestos suicidas en su afán por llamar la atención. También suelen reaccionar con agresividad si notan que no son el centro de atención para los demás o no reciben halagos

Esbec y Echeburúa (2010) señalan que las conductas violentas sólo son habituales en este trastorno cuando hay una comorbilidad con el Trastorno Antisocial o con el Trastorno Narcisista.

Molina, et al. (2009) determinan que la relevancia que tienen los delitos cometidos por estos sujetos son los medios que utilizan para llamar la atención (la falsedad, la difamación y la calumnia). No es muy frecuente que este tipo de personas cometa delitos, lo más probable es se presenten en los juzgados con afán de llamar la atención o por una necesidad suya propia más que

porque ellos hayan cometido un delito. También se ha visto que estas personas presentan frecuentemente denuncias falsas por violación, en las que ha existido un consentimiento parcial o incluso en las que el hecho es fruto de la fantasía.

Caballo (2004) añade que su búsqueda de atención no se limita al hecho de relacionarse simplemente con los demás, sino que ven en ellos una necesidad para reafirmar su valía personal terminando por actuar según las expectativas que de ellos tienen formadas los demás.

En definitiva se puede decir que es raro que estas personas cometan delitos, pero en caso de hacerlo puede ser debido un afán por llamar la atención de los demás o una respuesta ante la falta de esta.

Cabría estudiar cada caso en particular pero los sujetos que suelen presentar este trastorno suelen ser enteramente imputables.

2. Clúster C

a. Trastorno evitativo de la personalidad. Las personas que sufren este trastorno son sumamente sensibles al rechazo y pueden llegar a vivir aislados socialmente. Son tímidos, pero no asociales, tienen un gran deseo de compañía y de ser aceptados sin críticas. Quieren tener relaciones sociales pero les puede el temor a ser juzgados. Se suele decir de ellos que tienen complejo de inferioridad. Son hipersensibles al rechazo, la humillación o la vergüenza, lo que les lleva a retraerse socialmente a pesar del deseo de afecto, en consecuencia su autoestima suele ser bastante baja. Estas personas se desenvuelven bien en ambientes que consideran de protección para ellos, como pueden ser entornos familiares o de amistad, aunque es difícil que los tengan.

Carrasco y Maza (2005) indican que es muy poco frecuente que estos sujetos cometan actos delictivos, aunque matizan que pueden desarrollar conductas violentas de tipo vengativo o compensatorio como consecuencia de sentimientos de inseguridad, fracaso o resentimientos hacia los demás.

Molina, et al. (2009) coinciden en esta idea, indicando que son personas que delinquen ocasionalmente y suele ser como consecuencia de una situación conflictiva de tensión o ansiedad o como forma de compensar sus conflictos. Añaden además que, entre sus conductas delictivas se encuentran los abusos y agresiones sexuales, asesinatos, consumo y tráfico de drogas y tentativas de suicidio.

Esbec y Echeburúa (2010) hallaron en sus estudios relación entre este trastorno y los delitos sexuales (junto con el Trastorno Antisocial y el Límite). Definen a estos sujetos como

propensos a tener un cierto sentimiento de venganza hacia la mujer, ya que se sienten rechazados por no ser capaces de entablar relaciones o por haberse sentido ridiculizados por ellas en el pasado.

Estos autores también añaden que cuando nos encontramos con un patrón evitativo unido a características negativistas, estamos ante sujetos con un retraimiento típico pero, al mismo tiempo, con una hostilidad impulsiva y con reacciones más agresivas, que pueden llegar a atacar a otras personas al sentir que sus necesidades afectivas no son reconocidas. De este modo atacarían a personas conocidas por las que se sentirían rechazadas o a desconocidas que simbolizarían un rechazo real o imaginario.

Estos sujetos suelen ser plenamente imputables, salvo contadas excepciones en que se añade una base patológica o consumo de sustancias.

b. Trastorno dependiente de la personalidad. Lo que caracteriza a las personas que sufren este trastorno es la gran necesidad que tienen de los demás, lo que se refleja en conductas sumisas y en un gran temor a la separación. No son capaces de tomar decisiones por sí mismos y viven dependiendo continuamente de los demás, no soportan la idea de estar solos y necesitan que alguien cuide de ellos. Por ello se muestran sumamente pasivos ante los demás con el fin de que sean estos los que asuman responsabilidades y decisiones propias.

La visión que tienen de sí mismos es que son personas débiles, incapaces e inútiles, por ello infravaloran sus logros y sobreestiman los de los demás, desarrollando en consecuencia, grandes sentimientos de vacío y falta de confianza en ellos mismos, aterrorizándose ante la idea de pensar que pueden quedarse solos.

Los actos delictivos de estos sujetos destacan en dos vertientes: en la vertiente violenta contra sus parejas, y en la no violenta destaca el tráfico de drogas.

Esbec y Echeburúa (2010) señalan en su estudio que, dado que se trata de personas sumisas y que necesitan aprobación y afecto constante, pueden llegar a sentir angustia e ira intensa ante el abandono real o imaginario, lo que puede conducirles a actos de violencia machista, sobre todo cuando hay un abuso de alcohol.

Guerrero (2007) que indica que lo más frecuente es que estas personas delincan contra su propia pareja en un 40% de los casos, pudiendo ser esto una clara ilustración de la desesperación que sienten estos sujetos ante la percepción de un abandono afectivo o ante la amenaza de que así pudiera ser.

Estos mismos autores también hallaron un alto porcentaje de delitos relacionados con el tráfico de drogas, donde en más de la mitad de los casos, estaban implicados sujetos con Trastorno Dependiente, dadas las características de personalidad de estos sujetos, es probable que puedan realizar actos delictivos inducidos por otros. Otro factor que también puede explicar este delito es el hecho de que estas personas son propensas a abusar de sustancias, por lo que el tráfico se puede convertir en un medio para financiar su consumo.

González, Castedo, y Domínguez (2009) que buscaban hallar diferencias entre la personalidad de los delincuentes sexuales de adultos y los de menores, encontró que el Trastorno Dependiente estaba relacionado con los delincuentes sexuales de menores, identificándolos como un patrón de comportamiento sumiso, de adhesión y temores de separación relacionado con una excesiva necesidad de que se ocuparan de uno. Estos abusadores de menores eran pasivos, permitiendo que los demás tomaran la responsabilidad en las principales áreas de su vida y sus relaciones interpersonales se limitaban a las pocas personas de quienes el sujeto era dependiente.

En definitiva, estos sujetos suelen ser considerados como imputables, salvo excepciones en que debido a una grave afectación por el trastorno se le pueda aplicar atenuación debido al alto nivel de dependencia con el otro individuo (en el caso que este lo haya inducido) o por consumo de tóxicos.

c. *Trastorno Obsesivo-compulsivo de la personalidad.* Las personas que sufren el Trastorno de la Personalidad Obsesivo- Compulsivo se caracterizan por una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo, el control mental e interpersonal y la inflexibilidad. Son personas cuyos esquemas mentales se basan en el perfeccionismo, la obstinación, la indecisión, la excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Tienen una gran dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas. Se sienten incómodos con la incertidumbre, temen ser considerados irresponsables, frecuentemente están insatisfechos con su actuación porque consideran que pueden dar mucho más y su mentalidad es tan rígida que carecen de creatividad. Son personas que corren el riesgo de caer en el abuso de sustancias debido a que están continuamente agobiados porque su estilo de comportamiento les lleva a sufrir estrés continuo.

Ribé y Tusquets (2002), afirman que este trastorno no suele presentar incidencia penal, a lo sumo, en el ámbito de la omisión debido a su personalidad dubitativa.

Guerrero (2007), avala esta idea de una pequeña incidencia penal, aunque se comprueba que en la mayoría de las ocasiones (46.7%) en las que estos sujetos llegan a cometer delitos contra

alguna persona, la víctima suele ser su pareja o ex pareja sentimental. La explicación que dan es que es posible que estas conductas violentas sean el resultado de su intolerancia a que las cosas sean de otra manera a como ellos consideran que deben de ser; debemos recordar que son personas con alta rigidez cognitiva, con tendencia a construir su mundo en función de normas, reglas y jerarquías.

Esta tesis es amparada por en que su estudio reafirma que las personas con formas habituales de comportarse antisociales, descontroladas y, con menor grado de flexibilidad ante situaciones cotidianas tienen más riesgo de cometer actos violentos.

Esbec y Echeburúa (2010) señalan que la violencia en este trastorno es poco frecuente, pudiendo aparecer cuando el sujeto afectado experimenta episodios de descontrol sobre la ira acumulada, normalmente acompañados de consumo abusivo de alcohol. El desencadenante de la violencia en estos casos es la ira que surge ante la intolerancia existente a las críticas, a los sentimientos de humillación y de fracaso.

Navarra (2000) apunta a que estos individuos no suelen encajar con la definición de alguien que padece una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia, sino que son “maestros del control” en la manipulación de sus víctimas. La necesidad de controlar todos los aspectos del crimen se ajusta al patrón de las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, y la combinación de este trastorno con unas experiencias infantiles desgraciadas puede generar este patrón de conducta perturbador (Barlow y Durand, 2001).

En los casos más graves se puede considerar su capacidad de autodeterminar la conducta alterada pudiendo ser causa de atenuación analógica. Por lo habitual, la mayoría de estos casos se computan como imputables.

Esta adaptación al DSM-V supone un cambio de paradigma a un enfoque híbrido que bien puede repercutir en un plano *forense metodológico*. Una de las dificultades que se puede encontrar el perito es, una vez hallados los criterios taxonómicos que validen la existencia de un trastorno de personalidad, establecer la gravedad del mismo tal y como es exigible de demandar desde una Sala de Justicia. Así, hay trastornos de personalidad cualitativamente más graves, como el esquizotípico, el límite o el paranoide, pero también se puede cuantificar dimensionalmente, por ejemplo, el riesgo de causar daño físico o psicológico (Maden y Tyrer, 2003). De este modo, algunos autores como Tyrer y Johnson (1996) establecen una graduación de mayor a menos gravedad, que bien puede ser aplicable en un contexto forense: 1) acentuación de rasgos de la personalidad normal, pero sin alcanzar el diagnóstico de un TP; 2) trastorno simple de la personalidad, que consiste en uno o más

diagnósticos de TP del mismo grupo o *clúster*; 3) trastorno complejo de la personalidad, que se refiere a dos o más TP de diferentes grupos; y 4) trastorno severo de la personalidad, que se aplica cuando además se genera una grave disfunción social.

De este modo, todos los trastornos son susceptibles de ser valorados en una escala dimensional de prototipicidad. Siguiendo la propuestas de Oldham, Schedler y Westen (2000) se puede comparar al sujeto con la descripción prototípica de cada trastorno y lo califica en una escala de cinco puntos: 5 = Muy bueno. El sujeto es un *ejemplo* de este tipo; 4 = Bueno: el sujeto se asemeja *de manera significativa* a este tipo; 3 = Moderado: el sujeto tiene *características destacadas* de este tipo; 2 = Bajo: el sujeto tiene *características menores* de este tipo; 1 = Nulo: Esta descripción no se aplica al sujeto.

Nos gustaría concluir este apartado respecto una reflexión de dos elementos que consideramos esenciales en la criminogénia realizada por los individuos aquejados de trastornos de personalidad: los *sentimientos de ira e impulsividad* y el *consumo de drogas*.

Al respecto de los sentimiento de rabia e ira , Esbec y Echeburúa (2010) establecen que el común denominador de la violencia asociada a los trastornos de personalidad, salvo algunas excepciones como la psicopatía, es la ira. Se trata de una emoción que se expresa con rabia, resentimiento o irritabilidad.

La ira puede activarse por diversas circunstancias:a) por la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos o la venganza (trastorno paranoide de la personalidad); b)por la aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide; c) por la intolerancia a la frustración y el enfado intenso por recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista); d) por la necesidad de liberar la tensión utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por el miedo a la pérdida (trastorno límite); e) por el sentimiento de marginación o rechazo por los demás (trastorno evitativo); f) por el sentimiento de tedio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía (trastorno antisocial); g) por la necesidad imperiosa de llamar la atención o integrarse en un grupo (trastornos histriónico y dependiente, respectivamente); y h) por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico).

Habría coincidencia desde el punto de vista dimensional, donde los rasgos de la personalidad que más tienden a la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo (Nestor, 2002). A su vez esto solaparía con el punto de vista dimensional planteado por el DSM-V, siendo los rasgos más implicados con las conductas violentas la emocionalidad negativa (labilidad emocional y desconfianza), la introversión (afectividad

restringida), el antagonismo y la desinhibición; por el contrario, la esquizotipia y la compulsividad tienen mucha menor implicación en este tipo de conductas.

Desde el punto de vista de la valoración forense, la exploración de la Impulsividad y los posibles Trastornos de Personalidad asociados se han de contemplar y evaluar no únicamente mediante la anamnesis, sino además también, mediante la cuantificación psicométrica a efectos de cuantificar la hipotética afectación de las funciones cognitivas y volitivas de cara al proceso judicial que es objeto de litigio (Ortega-Monasterio y Tiffon, 2006). Se ha de tener en cuenta que los trastornos de la personalidad “per se” no pueden considerarse causa de ninguna conducta, legal o ilegal, si no es dentro de un determinado contexto situacional. Por tanto, el criterio de causalidad debe basarse en la interacción de los factores situacionales con la estructura de la personalidad del imputado (Villarejo-Ramos, 2003).

Por otro lado, los mismos autores clarifican del mismo modo que el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad y la violencia mantienen una fuerte asociación altamente fundamentada. Establecen que esta asociación puede tener diversas direcciones: 1) una conducta violenta es un camino habitual para obtener la droga; 2) la violencia (amenazas, golpes, heridas) puede ser una condición general para resolver las disputas entre quienes distribuyen las drogas; 3) el abuso de drogas y la conducta iracunda pueden tener factores causales similares y, por tanto, concurrir en determinados sujetos; y 4) ciertas drogas, como las estimulantes, incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta por sus propiedades farmacodinámicas.

A este respecto cabe matizar que la ingestión de alcohol o el consumo de drogas, por sí solos, raramente es suficiente para explicar delitos violentos, aunque puede ser relevante en presencia de factores de personalidad previos y de circunstancias que rodean al delito ([Blackburn, 1993](#); Lang y Sibrell, 1989; Sarasúa et al., 1994) pudiendo resaltar la importancia de las drogas y el alcohol como factores predisponentes y desencadenantes para llevar a cabo los delitos en estos trastornos (Ortíz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal, y Sánchez, 2006).

4.2.5. Trastornos relacionados con sustancias

Los trastornos derivados del consumo de alcohol y drogas son causa de múltiples problemas en diferentes ámbitos del Derecho, siendo necesario para su resolución que Jueces y Tribunales dispongan de un informe pericial que valore el estado del paciente y que les permita conocer la situación real, para acorde con ello dictar una resolución motivada.

Las drogas, entendidas en un concepto amplio como sustancias naturales o sintéticas que producen una alteración de la conducta y/o del estado psíquico que inducen a repetir el consumo y al uso continuado (OMS), se incluyen en las actuales clasificaciones de las enfermedades mentales como causa de trastornos que van desde la intoxicación aguda no complicada y el consumo perjudicial, hasta los cuadros psicóticos y la demencia manifiesta (Rodes y Martí, 1997).

Legalmente el consumo de drogas no es considerado en sí mismo como un hecho delictivo, sin embargo hasta fechas relativamente próximas a los drogadictos se les ha considerado como *sujetos peligrosos*, y aún hoy a las drogas se las considera como un factor criminógeno de primer orden (Moré, 2009).

Parece existir un consenso en el cual el riesgo de ejercer la violencia es mucho mayor en personas con problemas de uso, abuso y dependencia de alcohol y otros tóxicos que en cualquier otro tipo de enfermedad mental (Vicens, 2006; Kolin y Duke, 2026). Son muchos los factores que pueden dar cuenta de este fenómeno: pobreza, factores culturales y sociales, amigos consumidores o contacto con la prisión. Estos aspectos sirven para comprender el riesgo de delincuencia y de drogodependencia. A título de ejemplo, se ha demostrado que el consumo de sustancias está presente en un notable porcentaje de homicidas, tanto imputables como inimputables (Fielitz, y Cardozo, 2006) y muy especialmente entre agresores sexuales (Dunsieth et al., 2004). Es, por tanto, un asunto de importancia forense de tanta magnitud como la implicación de cualquier otro trastorno mental en la comisión criminal. Además, el consumo de alcohol u otras drogas funciona como disparador de múltiples delitos en la mayor parte de personas con otros trastornos mentales, especialmente en el caso de los trastornos de personalidad, psicosis crónicas, trastornos del control de los impulsos, trastornos del estado de ánimo y parafilias (Esbec y Echeburúa, 2010).

4.2.5.1. Definición clínica.

El artículo 20.2 de nuestro actual Código Penal establece que las causas que pueden computar eximente son la intoxicación, el síndrome de abstinencia y la dependencia a la sustancia, para caso de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o aquellos consumibles que generen efectos análogos. Pasamos seguidamente a realizar un análisis de cada circunstancia desde el DSM V (APA, 2013).

El DSM V establece que en la categoría general de los trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (p. ej., el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno depresivo inducido por sustancias).

Los *trastornos inducidos por sustancias* son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas. Se diferencian del trastorno por consumo de sustancias en que en éste último un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado a pesar de los problemas significativos relacionados con la sustancia.

El manual define la *intoxicación* desde sus características más esenciales: a) el desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia; y b) los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación (p. ej., la beligerancia, la labilidad emocional, el juicio deteriorado), que se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo.

Los cambios más frecuentes en la intoxicación conllevan alteraciones de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. Las intoxicaciones a corto plazo o *agudas* pueden presentarse con diferentes signos y síntomas que aquellas continuadas o *crónicas*. Por ejemplo, las dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente sociabilidad, pero si esas dosis se ingieren durante días o semanas, puede aparecer aislamiento social. La intoxicación puede persistir más tiempo del que la sustancia es detectable en el cuerpo. Esto se debe a los efectos permanentes sobre el sistema nervioso central, cuya recuperación lleva más tiempo que la eliminación de la sustancia. Estos efectos a largo plazo se deben distinguir de la abstinencia (es decir, de los síntomas que se inician tras la reducción de las concentraciones de sustancia en la sangre o los tejidos). La intoxicación es frecuente en las personas con un trastorno por consumo de sustancias, pero puede aparecer en las personas sin dicho trastorno. Es importante tener esta circunstancia en consideración para una adecuada valoración forense.

El *síndrome de abstinencia* vendría articulado en torno al concepto de *abstinencia* y *tolerancia*. La tolerancia se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla tolerancia varía en cada persona, además de para cada sustancia, incluye una diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central. Por otro lado, la abstinencia sería entendida como un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia y que debido a la tolerancia a dicha sustancia, deba consumir de manera progresiva más cantidad. Como características esenciales en el síndrome de abstinencia aparecería el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción de consumo prolongado y frecuente de la sustancia. Además, el síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Debemos considerar que la abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia tienen una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas.

Los trastornos mentales inducidos por sustancias se desarrollan en el contexto de una intoxicación o una abstinencia a sustancias de abuso. Ambos cuadros suelen ser temporales y desaparecen aproximadamente un mes después de cesar la abstinencia aguda, la intoxicación grave o la administración del medicamento. Existen algunas excepciones que tienen lugar en los trastornos inducidos por sustancias de larga duración: los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias que se asocian a afecciones como el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol, el trastorno neurocognitivo inducido por inhalantes, el trastorno neurocognitivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*; veas la sección sobre Trastornos relacionados con los alucinógenos en este mismo capítulo). No obstante, la mayoría de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, independientemente de la gravedad de los síntomas, suelen mejorar rápidamente tras la abstinencia y, en general, no persisten de una manera clínicamente destacada más de un mes después de cesar el consumo.

Los principales criterios diagnósticos DSM-V comunes a todas las sustancias para el diagnóstico de trastorno mental inducido por intoxicación o abstinencia vienen reseguídos en la siguiente tabla:

Tabla 9

Criterios para el Trastorno mental inducido por sustancial

-
- A. La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:
1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento; y
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental, independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:
1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al medicamento.
 2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p. ej., al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la medicación. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos, perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.
- D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otra áreas importantes del funcionamiento.
-

Cabe señalar que los efectos concretos de cada sustancia respecto al síntoma que producen son independientes de cada tóxico, pese que algunos solapan en cuanto a que se inducen efectos similares. Del mismo modo, existe la posibilidad que la misma sustancia produzca problemas diferentes en función del padecimiento de una intoxicación o un síndrome de abstinencia.

Por otro lado, la dependencia de sustancias sería comprendida en el referido manual DSM-V dentro del apartado *Trastorno por consumo de sustancias*. La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continua consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicho consumo. En la dependencia también se ven involucrados la tolerancia y abstinencia como parte configurantes del cuadro que motorizan parte de las conductas de riesgo. En este sentido el patrón patológico de la dependencia al tóxico incluye un catalogo comportamental de conductas de riesgo donde se focalizaría el interés forense. Debido a que no existen un listado de criterios genéricos por parte del susodicho manual que sirva para todo tipo de droga de abuso y ante la inoportunidad de definir cada patrón de consumo asociado a cada sustancia delimitaremos que como criterio general, independientemente del tóxico, la relevancia forense recaería en dos elementos fundamentales: a) Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumirla sustancia (que debe entenderse como la adicción en si misma o craving) ; y b) un consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo. Debemos entender que la

dependencia a dicho tóxico genere que el individuo, arrastrado por el deseo de consumir la sustancia, pueda verse envuelto en problemas de naturaleza legal.

El DSM-V, a diferencia del DSM-IV-TR, incluye en este apartado la ludopatía o juego patológico, trastorno categorizado en la edición anterior en el apartado de *Trastorno del control de los impulsos*. Lo que diferencia el juego normal (*por placer*) del juego patológico (*por necesidad*) es el aumento de la frecuencia y del dinero invertido, las complicaciones crecientes, la pérdida de control, el grado de malestar, la incapacidad de abstenerse, la disminución de la satisfacción y la pérdida de umbral de las inhibiciones, sucumbiendo a cualquier incitación. Más en concreto, los principales componentes en la dependencia del juego son los siguientes: los pensamientos constantes en relación con el juego, la adopción de conductas descontroladas y la tendencia a la recaída (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994). En definitiva, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1994). Aunque la ludopatía puede verse inmiscuida en actos criminales como delitos patrimoniales (estafa, hurtos, falsificación) y en ocasiones conductas violentas (agresiones, daños materiales) su relevancia jurídica es exigua a nivel forense. El aspecto psicopatológico central de la ludopatía, a efectos de la imputabilidad, es la impulsividad. Lo nuclear en estos casos es la relación de la dependencia al juego (en análoga similitud con la dependencia al tóxico del drogodependiente) de estos sujetos que le han impulsado a la comisión de actos criminales. De este modo, la imputabilidad se verá afectada en la medida en que afecta negativamente a las facultades volitivas del sujeto, al interferir en el pensamiento reflexivo y en el sistema de creencias, distorsionar la percepción de la realidad y alterar el sistema motivacional y de afectos (Esbec y Delgado, 1998). La realidad es que la Jurisprudencia ha optado en la gran mayoría de casos por optar a considerar de irrelevante la circunstancia de ludopatía sólo alterando la asunción de responsabilidad como atenuante por analogía en aquellos casos en que convergen otras alteraciones de base como el consumo de sustancias o trastornos de personalidad, siendo el límite y el antisocial los más comorbidos (Echeburúa, Corral, y Amor, 2004). Así lo ha demostrado la STS de 21 de septiembre de 1993. Desde nuestro planteamiento creemos que esta circunstancia no se circunscribe materialmente a lo referido por el artículo 20.2 de nuestro actual código por lo que no entraremos más en su estudio al considerarse de suficiente envergadura forense. Sólo cabe recalcar, como ya se ha venido diciendo para cualquiera de las tesis planteadas, que el perito en pos del mejor ejercicio deberá individualizar cada caso y determinar la forma en que esa tendencia patológica a jugar se manifiesta en cada caso concreto y las repercusiones que tiene en la capacidad de raciocinio o volición del agente.

4.2.5.2. Valoración legal y jurisprudencial.

Si bien por lo general estos sujetos son considerados imputables (De la [Torre, 1999](#)), el Código Penal tiene previstas las distintas situaciones del drogodependiente-delincuente. Así, los tribunales pueden aplicar las eximentes del art. 20.2 (intoxicación plena o síndrome de abstinencia) o las atenuantes del art. 21.1 (intoxicación y abstinencia incompletas) y 21.2 (adicción grave a la sustancia), entre otras (Ailhaud, 2002; Fonseca, 2009; Sierra et al., 2006).

Rodes y Martí (1997) señalan que desde el punto de vista legal, la intoxicación plena podía ser:

1. *Fortuita*: no ha sido ni quería ni prevista pues el sujeto ignora los efectos del tóxico. Reúne los requisitos del artículo 20.2 del Código Penal y por consiguiente es inimputable.

2. *Voluntaria*: se conocen los efectos de la droga y se consume voluntariamente, aunque no se desea que origine conflictos judiciales. Para que de lugar a la inimputabilidad se deben dar dos condiciones:

- Que la intoxicación no se haya sido buscada con el propósito de cometer infracción penal.
- Que no se hubiese previsto o debido prever su comisión.

c. *Intencional*: se llega a ella intencionalmente para cometer un delito bajo su influencia buscando la acción facilitadora de la droga tóxica o la anulación de las inhibiciones. Da lugar a la inimputabilidad.

Esbec y Echeburúa (2016b) realizaron una revisión de la jurisprudencia para casos de esta índole y llegaron a una serie de conclusiones. Estos autores mantienen que ante cierta permisividad acontecida en la década de los 80 hacia los drogodependientes, el Tribunal Supremo planteó progresivas exigencias para la atenuación de la pena en estos individuos (Esbec, 2005): (a) la objetivación de la drogodependencia mediante informe pericial (STS de 12/12/1990); (b) la acreditación de la drogodependencia actual y su relación con el delito (SSTS de 21/11/1988, 22/11/1989, 27/04/1990 y 17/12/1990); (c) la acreditación de la gravedad y cronicidad, diferenciándolas del simple consumo (SSTS de 01/12/1090, 27/04/1990 y 10/12/1990); (d) la objetivación de la gravedad del síndrome de abstinencia (SSTS de 22/11/1989, 30/01/1990 y 27/04/1990); (e) la descripción del cuadro físico y/o psíquico del sujeto (STS de 27/01/1990); (f) el

estudio del tipo de sustancia al que se es adicto (STS de 03/12/1988); y g) el estudio de la personalidad del drogodelincuente (STS de 03/01/1988).

El Código Penal (CP), reformado por la Ley Orgánica 1/2015 y la Ley Orgánica 2/2015, en el art. 21.2, se refiere a las circunstancias atenuantes cuando el delincuente actúa a causa de su grave adicción a las drogas. No se trata, por lo tanto, de los supuestos de síndrome de abstinencia o intoxicación, ni de psicosis inducidas por drogas. La atenuante trata de dar respuesta a los supuestos de la llamada *delincuencia funcional*, es decir, cuando el drogodependiente delinque para procurarse el dinero suficiente para la adquisición de la droga a la que es adicto, siempre que quede clara la conexión causal.

Asimismo en las SSTS de 26/07/2006, 04/11/2009 y 08/03/2010 y en la SAP de Madrid de 28/04/2015 se establecen como requisitos penológicos:

1. *Requisito biopatológico*, es decir, que se trate de un toxicómano cuya dependencia tenga una cierta antigüedad e implique una intoxicación o abstinencia grave, pues solo la adicción grave puede originar la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

2. *Requisito psicológico*, o sea, que se produzca en el sujeto una afectación de sus facultades mentales. No es suficiente ser adicto para merecer una atenuación, si la droga no ha afectado a los elementos intelectivos y volitivos de la persona.

3. *Requisito temporal o cronológico*, es decir, que el consumo de la droga y la afectación psicológica tengan lugar en el momento de la comisión delictiva o que el sujeto actúe bajo los efectos del síndrome de abstinencia. Cabe analizar también aquí los delitos cometidos cuando el sujeto presenta una grave adicción a drogas.

4. *Requisito normativo*, o sea, la intensidad o influencia de la dependencia en los mecanismos mentales del sujeto, lo cual permitirá su apreciación como eximente completa, incompleta o meramente como atenuante de la responsabilidad penal.

La mera condición de drogodependiente, sin afectación explícita de las facultades cognitivas y/o volitivas (casos excepcionales), no incide en la imputabilidad (SSTS de 01/03/1995, 26/09/1996 y 02/12/1997, entre otras).

Respecto al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, la STS de 06/11/2014 señalan distintas posibilidades:

1. *Eximente completa (art. 20.2)*. Se aplica cuando la embriaguez es plena y fortuita por la profunda alteración que produce en las facultades cognoscitivas y volitivas del sujeto, que le impiden comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Se equipara así a un trastorno mental transitorio, siempre que no haya sido buscada de propósito para cometer la infracción criminal y que esta no haya sido prevista o se haya debido prever (embriaguez culposa)

2. *Eximente incompleta (art. 21.1)*. Se aplica cuando la embriaguez es fortuita pero no plena, siempre que las facultades intelectivas y volitivas se encuentren seriamente disminuidas en el momento de los hechos. Estas circunstancias no impiden, pero dificultan de forma importante la comprensión de la ilicitud del hecho cometido bajo sus efectos o la actuación acorde con esa comprensión. Se excluye la aplicación de esta eximente si la embriaguez es culposa.

3. *Atenuante (art. 21.2)*. Se aplica cuando la embriaguez, no siendo habitual ni provocada con el propósito de delinquir, afecta a las funciones intelectivas y volitivas sin reunir todos los requisitos de los supuestos anteriores, pudiendo llegar a apreciarse como muy cualificada si sus efectos han sido especialmente intensos (SSTS de 04/02/2005 y 02/03/2006).

4. *Atenuante analógica (art. 21.6)*. Se aplica cuando la disminución de la voluntad y de la capacidad de entender ha sido leve, cualesquiera que sean las circunstancias alcohólicas que las motivan. De esta manera, siendo la embriaguez voluntaria e incluso culposa, nunca buscada con propósito de delinquir, produce, o una sensible obnubilación en la capacidad del sujeto para comprender el alcance de sus actos, o un relajamiento igualmente sensible de los frenos inhibitorios, es decir, de la capacidad para dirigir el comportamiento de acuerdo con las normas asimiladas en el proceso de socialización (SSTS de 05/12/2005, 19/11/2008 y 06/07/2011).

Actualmente el tratamiento jurídico-penal del drogodependiente abarca: a) la imputabilidad en el momento de la acción; b) la suspensión de la pena privativa de libertad tras la sentencia condenatoria; y c) el tratamiento especial durante la ejecución de la pena en prisión con el objetivo de la deshabitación.

Ahora bien, cuando un drogodependiente comete un delito directamente relacionado con el consumo, puede plantearse jurídicamente la viabilidad de la llamada «*actio libera in causa*». Esto significa que si el drogadicto sabe que una y otra vez se le van a presentar los estados carenciales y,

pese a ello, continúa con el consumo en lugar de buscar ayuda terapéutica, es responsable de sus conductas penales.

No puede escudarse en una inimputabilidad que él mismo ha provocado. En estos casos el reproche penal deriva de la situación previa a la comisión del delito, cuando el sujeto, gozando de plenitud de raciocinio y capacidad para decidir, decide continuar con la cadena de consumos y delitos (STS de 16/07/1982). Es decir, el paciente opta por una salida delictiva en vez de una asistencial.

En otros casos es importante acreditar los intentos previos de deshabituación, la adherencia a los tratamientos y el seguimiento de las pautas establecidas. No es lo mismo abandonar el tratamiento desde el principio que presentar una descompensación transitoria o recaída en un paciente que está en un proceso de rehabilitación (Albeín-Rubios et al., 2014).

4.2.5.3. Consideraciones criminológicas y jurídico forenses.

La relación causal entre el consumo de drogas y la delincuencia es compleja y no siempre unidireccional. Así, es importante diferenciar entre el «*drogadicto-delincuente*» (intoxicación, abstinencia, adicción) que delinque directamente por los efectos de la droga (supuesto farmacológico) que se adecuaría al supuesto *Trastorno mental inducido por sustancia* anteriormente comentado, o por su carencia (delincuencia funcional) del «*delincuente- drogadicto*», que sería explicado por el *Trastorno por consumo de sustancia*, que frecuentemente presenta conjuntamente un trastorno antisocial o narcisista de base y cuenta con un amplio historial criminológico, en el que el consumo de drogas es un hecho tangencial (Esbec, 2005; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007).

El nexo causal entre drogas y delincuencia aparece con mucha frecuencia en las siguientes circunstancias: (1) actos violentos en casos de intoxicación por alcohol, cocaína o psicodislépticos; (2) delincuencia funcional (robos, hurtos, estafas, falsificación de recetas, etc.) para evitar la abstinencia, especialmente en adictos a la heroína y cocaína; y (3) producción y tráfico a pequeña escala con el único objetivo de autoabastecerse (Bean, 2014).

Ailhaud (2002) esquematiza en supuesto parecidos las clases principales de conductas delictivas donde se ven implicadas los consumos de sustancias:

1. Los delitos que conciernen y están directamente relacionados con la producción y atribución del ciclo de la droga, y cometidos por sujetos que generalmente no presentan cuadros de abusos o dependencia de las mismas.
2. Delitos cometidos por sujetos bajo la influencia y efecto de consumo de sustancias.
3. Delitos cometidos con el fin de procurarse el dinero necesario para mantener la dependencia.

Leganés (2010), coincidiendo con estos establecidos, diferencia en dos tipologías en relación con las drogas: *Inducida* y *Funcional*.

1. Delincuencia inducida: Es la que se origina a causa de la intoxicación producida por el consumo de drogas. Viene determinada por los efectos que produce la intoxicación en el individuo: depresión, excitación, euforia, obnubilación, etc. Es una delincuencia vinculada a un estado concreto y, salvo que el individuo sea consumidor habitual, puede ser una delincuencia episódica o vinculada a épocas concretas o momentos temporales determinados.

Puede originar delitos de índole más o menos violentos, dependiendo del carácter del sujeto y de si la sustancia es, en mayor o en menor medida, euforizante y/o excitante, como pueden ser: a) Contra las personas: contra la vida, lesiones, etc.; b) Contra la libertad sexual: abusos deshonestos, violación, estupro, incesto, etc.; c) Contra el orden público: atentado, resistencia, desobediencia, contra los agentes de la autoridad, etc.; d) Contra la seguridad del tráfico: exceso de velocidad, de alcohol, etc.; e) Contra la propiedad: es poco frecuente, pues, el individuo actúa llevado por el impulso del consumo por lo que no hay premeditación lucrativa. Lo que sí pueden producirse son daños por peleas o destrucción de bienes por reacciones violentas.

Entre los factores sociales que influyen en que la enfermedad mental se mantenga se encuentran el desempleo, la falta de soporte familiar y el desarraigo. Pero los factores que asocian enfermedad mental y conducta violenta son el abuso de alcohol y drogas, el incumplimiento del tratamiento y los antecedentes de conducta violenta.

2. Delincuencia Funcional: Es la que realiza un drogodependiente con el fin de conseguir los recursos económicos necesarios para financiarse el consumo de drogas. La frecuencia y la compulsividad de esta delincuencia está determinada por dos factores: el grado de dependencia, física o psíquica, a la droga en cuestión y la posibilidad de pagársela sin tener que delinquir. Esta posibilidad estará en función de que la propia drogodependencia le permita llevar a cabo una vida

laboral normal así como del precio de la sustancia de la que depende. La delincuencia funcional será causa de delitos lucrativos que permitan conseguir recursos económicos para adquirir la droga. A diferencia de la delincuencia inducida que era esporádica u ocasional, la funcional es permanente, estabilizada al menos mientras continúe la drogodependencia del individuo.

Las características personales del individuo y la mayor o menor necesidad de la droga determinarán la utilización de una mayor o menor violencia para obtener los fondos. El elevado costo de las drogas ilegales “duras”, el alto grado de dependencia física y psíquica, la necesidad de consumo habitual y la imposibilidad de llevar una vida laboral normalizada son factores determinantes de este tipo de delincuencia.

Los delitos más típicos son: a) Contra el patrimonio: robos en sus diversas tipologías si bien optan con más frecuencia por los robos con violencia o intimidación en plena calle, eligiendo a sus víctimas al azar. Es raro encontrar en este tipo de delincuencia, estafas; b) Delitos de malversación: pueden llegar a cometerlos los funcionarios públicos, adictos a las drogas, distrayendo fondos públicos que tienen a su disposición por razón de su cargo; c) Delitos de falsedades: el toxicómano, en ocasiones, falsifica recetas para poder comprar psicotrópicos de las farmacias; otras veces, falsifica cheques que previamente ha sustraído a sus dueños; d) Tráfico de drogas por el propio toxicómano: el individuo realiza ventas al “trapicheo” (vende pequeñas dosis de droga) a otros consumidores y, como pago, los narcotraficantes le dan sus correspondientes dosis; e) Tenencia ilícita de armas: en este supuesto, el toxicómano llega a utilizar armas para sus robos, sobre todo, atracos a bancos, joyerías o empresas. Normalmente, comienza a realizar robos con “tirón”, posteriormente, utiliza navaja y, al final de su trayectoria delincencial, mediante pistola; f) Delitos contra el orden público: los comete el toxicómano cuando va a ser detenido y agrede a la policía, o bien, se resiste a la detención tras haber cometido o intentado cometer un delito contra el patrimonio.

Según informa Leganés, partiendo de los datos facilitados por la Fiscalía General del Estado, de la totalidad de robos registrados, entre un 70 y un 80% son cometidos por toxicómanos. Así pues, el factor criminógeno de las drogas respecto a los delitos contra el patrimonio es de una importancia fundamental. La delincuencia funcional es la más elevada pues los toxicómanos delinquen de forma reiterada para pagarse las drogas. Un análisis criminológico de la denominada figura del “camello” lo desvela como un personaje psicológicamente alterado, que es utilizado y manipulado por las grandes mafias de la droga. Es detenido, frecuentemente, por la policía. Suelen

imponerle penas cortas, por lo que ingresa en prisión por breves períodos de tiempo. Es, en definitiva, una víctima más del “negocio” de la droga. Es transportista y distribuidor de las drogas. En ocasiones, realiza funciones de correo intercontinental, portando la misma en su organismo (“mula”), con el consiguiente riesgo para su vida. Por estos “portes” recibe pequeñas cantidades de dinero o drogas.

El mismo autor establece dos tipos más de delincuencia que denomina *Delitos Relacionales y Tráfico de sustancias entre no consumidores*. En ellas, el elemento nuclear del delito es el tráfico y mercadeo de la droga y no viene la conducta criminal impulsada por el consumo y abuso de la sustancia; de este modo, no reviste de relevancia forense en este caso concreto para el examen de la responsabilidad criminal.

Según el informe de prevalencia de trastornos mentales en prisiones españolas (Vicens et al., 2011), con una muestra de 783 varones, un 75% tenía problemas con el consumo de drogas. En el estudio de Swanson et al. (1990) de personas que cometieron actos violentos en el último año habían consumido abusivamente cannabis el 19,3%, alcohol el 24,6% y otras drogas el 34,7%. A su vez, entre los homicidas los trastornos por abuso de sustancias están presentes en el 35,4% de los imputables y en el 11,8% de los inimputables (Fielitz y Cardozo, 2006); y entre los agresores sexuales, el 85% presentaban abuso de sustancias (Dunsieth et al., 2004).

Según el meta-análisis de Bennett, Holloway y Farrington (2008), la posibilidad de cometer delitos es tres o cuatro veces mayor para los usuarios de drogas (heroína y cocaína, pero menos en el caso del cannabis) que para los no consumidores.

Sin embargo, hay que evitar la estigmatización porque la mayor parte de las personas consumidoras e incluso adictas a algún tipo de droga no han delinquido nunca. Ninguna droga es por sí misma criminógena. La criminalidad deriva de una multiplicidad de factores personales, familiares, sociales y situacionales (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y Amor, 2006).

Respecto a las drogas concretas, la mayor parte de los delitos cometidos por heroinómanos son delitos contra la propiedad, pero los actos violentos son minoritarios. Una proporción importante (30%- 50%) de heroinómanos han delinquido antes de iniciar el consumo de opiáceos. En estos casos los patrones de criminalidad se mantienen durante los períodos de no adicción pero, cuando el consumo es inexistente o mínimo, hay un fuerte descenso en la actividad delictiva. La

disminución de los delitos se observa tanto si la reducción del consumo es por un tratamiento efectivo como si es por libertad condicional o por cese espontáneo. Los heroinómanos cometen seis veces más delitos cuando consumen que cuando se mantienen abstinentes. En heroinómanos de larga evolución, con fracasos reiterados en programa libres de drogas, los mejores resultados se obtienen (en términos de abstinencia de la heroína y de descenso de la actividad delictiva) con tratamientos de mantenimiento con metadona (Delgado, Maza, y de Santiago, 2013).

En cuanto a la cocaína, la intoxicación aguda produce frecuentemente agitación, hiperactividad, excitación y síntomas paranoides. Estos síntomas son dosis-dependientes y pueden ocurrir en usuarios de cocaína sin ningún antecedente psiquiátrico (Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2015). Mientras que existen investigaciones en la que muestran la relación causal de la impulsividad como factor de riesgo de los trastornos por abuso de sustancias; también existe la circunstancia de cómo el propio consumo continuado de sustancias (tales como la cocaína, por ejemplo) acentúa el rasgo impulsividad y, por este mecanismo intermedio, podría favorecer el mantenimiento en la drogodependencia provocando la dificultad en el cese del consumo.

A su vez, la relación entre el consumo de cannabis y la delincuencia violenta está muy poco documentada, salvo cuando la droga desencadena un cuadro psicótico ([Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Arteaga, 2015](#)). Asimismo los psicofármacos (benzodiacepinas, antidepresivos, etc.), si se mezclan con bebidas alcohólicas, pueden provocar reacciones de ira inapropiada o intensa, con pérdida total de control.

Puede haber una relación entre el abuso de solventes y las conductas problemáticas, tales como vandalismo, peleas y robos de productos que contengan estas sustancias. Además, la intoxicación por sustancias volátiles puede reducir la conciencia y el autocontrol (Elonheimo et al., 2014).

No se debe descartar tampoco que la relación entre droga y delito responda a un factor latente e inobservado que subyace en ambos comportamientos, como pueden ser situaciones de vulnerabilidad familiar o de exclusión social o un síndrome de comportamiento antisocial general (Valenzuela y Larroulet, 2010).

Hay muchos estudios que asocian el consumo de alcohol con la violencia en general, los accidentes, la violencia de género, el homicidio y las agresiones sexuales. La relación

alcohol/violencia es mayor en personas con ciertos rasgos de personalidad antisociales, deterioro de las funciones cognitivas e historial violento. La mayoría de los consumidores de cocaína también abusan del alcohol, lo que genera un efecto desinhibidor sobre la conducta que puede traducirse en impulsividad, capacidad de juicio disminuida y explosividad. El grupo de consumidores adictos a cocaína y al alcohol constituye una población muy heterogénea, por lo que la violencia está muy relacionada con la estructura de la personalidad y con otros trastornos mentales (Delgado, et al., 2013; de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2009). Cabe destacar que el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), el Trastorno Narcisista de Personalidad (TNP) y el Trastorno Histriónico de Personalidad (THP) son también los más prevalentes en todas las poblaciones de consumidores de sustancias —tanto en sujetos que se encuentra bajo tratamiento como los que aún se encuentran potencialmente en vías de someterse en tratamiento—, y los cuales se definen por su inestabilidad emocional, por su desorganización cognitiva, por su impulsividad y agresividad factores que ya hemos descrito como sustanciales en la comisión de actos delictivos. De ahí que consideramos que las personalidades impulsivas y los trastornos del control de los impulsos pueden explicar la elevada vulnerabilidad al abuso de sustancias y su correlación con un porcentaje de delincuentes con estos trastornos. Dicha circunstancia puede originar Trastornos de Personalidad a raíz de la incidencia nociva del abuso de sustancias tóxicas que dañan el tejido neuronal. No obstante, no se excluye que aún antes de consumir las sustancias pueda darse la situación de que el sujeto ya presente algún trastorno de personalidad que le haga proclive al consumo de sustancias, entre otros muchos y múltiples factores asociados (clima familiar, pródromos, “Life Events”, etc.) (Esbec y Echeburúa, 2016b).

Ailhaud (2002) establece una serie de consecuencias en el ámbito legal y forense para las diferentes clasificaciones de sustancias:

1. *Opiáceos*: existe una relación evidente entre el consumo de opiáceos y la comisión de delitos, siendo los más típicos los delitos contra la propiedad.

La relación de la imputabilidad de los drogodependientes a opiáceos, en relación con los hechos delictivos, es una cuestión complicada pues para establecer si el acusado es responsable, irresponsable o tiene la responsabilidad atenuada será necesario valorar una serie de cuestiones (Marco et al., 1990): reacción adversa que genera la droga (la situación del drogadicto oscila entre la disminución muy acusada de la imputabilidad y la total inimputabilidad), alteraciones psíquicas acompañantes a posibles alteraciones somáticas en el curso de la adicción que produce su ingesta (muy rara vez esta afectada la imputabilidad), intoxicación crónica (el acusado presenta una pérdida de ética y trastornos conductuales, pero las funciones psíquicas básicas están conservadas; tampoco

hay un déficit en la inteligencia y, por tanto, la imputabilidad debe considerarse normal) y el síndrome de abstinencia (en los síndromes de abstinencia discretos, con normalidad en el entendimiento y de la voluntad, la imputabilidad es normal; en los síndromes de abstinencia claros en los que aparecen los típicos signos de la abstinencia y en los que son ostensibles síntomas psíquicos, debe apreciarse una disminución de la imputabilidad; y en los síndromes de abstinencia graves con presencia de síntomas físicos, con sintomatología psíquica aparatosa y con posibilidad de delirios, puede aceptarse la inimputabilidad del drogodependiente.

2. *Barbitúricos y alcohol*: hay, en el caso de los barbitúricos, variaciones individuales muy importantes en las reacciones a dicho consumo. En la intoxicación aguda hay disminución o anulación de la imputabilidad, dependiendo de la intensidad de la afectación de la consciencia. Cuando está presente una intoxicación sub-aguda, existe una notoria disminución de la imputabilidad.

El abuso de bebidas alcohólicas es un factor criminógeno de primer orden, pues facilita el paso a la acción y por tanto, el acto antisocial. Provoca situaciones de discusión, agresividad, violencia, peleas y altercados, reyertas etc., que pueden acabar en lesiones y homicidios. Asimismo, y como consecuencia de la acción de la desinhibición que tiene el alcohol en los aspectos sexuales y unido a la excitación sexual y aumento de la libido en cuadros clínicos de intoxicaciones e incluso en abuso de alcohol, esta sustancia es origen de conductas de violencia y agresión sexual no ya solamente en el ámbito familiar sino también fuera del domicilio familiar.

Respecto a la imputabilidad es muy importante que en los informes periciales se haga un fiel reflejo de la situación clínica y evolutiva, concretamente del estado psíquico en el momento de ocurrir los hechos y la relación de causalidad entre este estado y los hechos determinados de los que se trate pues no en todos los casos se puede considerar al acusado como imputable.

3. *Alucinógenos*: a los alucinógenos se les denomina asimismo sustancias psicodélicas, debido a que dentro de las alteraciones que originan los fenómenos psicopatológicos de las distorsiones en la percepción son los más característicos. Se han descrito conductas anormales (Carrasco y Maza, 2000) en estos estados, causados por el miedo, la angustia, la ideación paranoide y las alucinaciones, tales como arrojarse por la ventana, escaparse desnudo, comisión de homicidios, agresiones sexuales, participación en ritos violentos, accidentes de tráfico etc.

La incidencia y modificación de la imputabilidad puede llegar a ser muy relevante, hasta llegar a la anulación, en hechos ocurridos en episodios de intoxicación con mayor o menos intensidad. Anulación de la imputabilidad originada por la destrucción del psiquismo y en

especial por las alteraciones cognitivas, la percepción errónea de la realidad y el condicionamiento sobre los actos que se deriven de esa situación.

4. *Anfetaminas*: la delictología típica es la de hurtos y robos. Un delito frecuente es el robo y falsificación de recetas médicas para obtener los productos de las farmacias. Productos que, además, no sólo son para el propio consumo personal sino también para el mercado ilegal de sustancias, por lo que también incurren en delitos contra la salud pública.

Cuando se presenta una intoxicación aguda por vía intravenosa con flash existe una disminución de la imputabilidad, ya que se produce una notable alteración de la voluntad y discreta del entendimiento. Si el consumo es duradero, pueden aparecer manifestaciones psicóticas (Marco y cols, 1990), es decir, delirios de persecución con ideas de referencia, agresividad y agitación psicomotora. En este trastorno delirante existe siempre, como mínimo, una notable disminución de la imputabilidad del acusado y, si el hecho cometido guarda relación con sus vivencias delirantes, no le es imputable el acto.

5. *Cocaína*: la persona que abusa de la cocaína se ve, con frecuencia inmersa en delitos para poder conseguirla: delitos como estafas, robos, tráfico de sustancia o actos relacionados con la prostitución, pérdida de ahorros, patrimonio, etc. Si hay un síndrome agudo grave, la imputabilidad está claramente disminuida y si se presentan alucinaciones (visuales, auditivas), el acusado debe considerarse inimputable.

6. *Éter (disolventes volátiles)*: los cuadros de abstinencia de los consumidores no son muy habituales por lo que los actos antisociales e impulsivos son ciertamente escasos. Por lo tanto, la posible atenuación de la imputabilidad estará en relación directa con la importancia de la afectación de las funciones psíquicas fundamentales.

7. *Psicofármacos*: en algunos casos, los psicofármacos facilitan la presencia de conductas agresivas. En estados de intoxicación, el sujeto puede cometer actos delictivos diversos de los que luego apenas tiene recuerdos. Esta es, al menos, la circunstancia invocada tras la detención. Con relación a la imputabilidad, en general el consumo de los psicofármacos no constituye circunstancia modificativa de la responsabilidad, aunque merece especial atención la ingesta de "Rohipnol" ya que sumada a otros psicofármacos en momentos previos a la comisión de un hecho delictivo, puede alcanzar repercusión atenuatoria.

4.2.6. Otras causísticas en psicopatología de relevancia forense en la inimputabilidad.

Llegados a este punto hemos realizado un recorrido de las principales entidades que tienen incidencia en la valoración de la responsabilidad criminal. Estos cuadros se han revestido de importancia forense, bien porqué su expresión es patgnomónica de un trastorno y se ha relacionado de acuerdo a los clásicos como causas que eximen de la responsabilidad criminal ante la grave afectación de las que se ven adolecidos los individuos, como podría ser la deficiencia intelectual o la esquizofrenia; o bien porqué su presencia resulta sustancial, tanto por su elevada injerencia en la jurisprudencia o porqué la literatura científica en base a investigaciones así lo predispone como factores de primer orden de riesgo criminógeno, como sería el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad. Pero estas anomalías no son las únicas que tienen presencia en el plano de la inimputabilidad sino que existen otros fenómenos que también deben considerarse pero que no procesamos con la misma profundidad debido a que su presencia resulta infrecuente o porqué se han considerado por parte de la legislación y los juristas en muchas ocasiones como inoperante y no son encuadrables para gozar del mismo consenso como causa modificativa. A continuación haremos un breve repaso acerca de estas, así como de otras entidades que no son de índole puramente psicológica, por lo que la inclusión en este trabajo se ha considerado parcialmente importante:

4.2.6.1. Trastornos neurocognitivos: *Deliriums* y *Demencias*.

El DSM-V incluye en el apartado de trastornos neurocognitivos (TNC) (a los que el DSM-IV se refiere como delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos) el delirium, seguido de los síndromes del TNC mayor, el TNC leve y sus subtipos etiológicos. La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como *trastorno neurocognitivo mayor*, aunque el uso del termino *demencia* no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de este termino es habitual. Además, el DSM-5 reconoce un nivel menos grave de disfunción cognitiva, el *trastorno neurocognitivo leve*, que también puede ser objeto de atención clínica y que en el DSM-IV se incluía como trastorno cognoscitivo no especificado.

La categoría de los TNC engloba los trastornos en que el déficit clínico principal es de la función cognitiva y que son adquiridos y no del desarrollo. Son, por tanto, aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente. Los dominios

afectados pasan desde la atención, a las funciones ejecutivas, las capacidades mnésicas y las habilidades perceptuales motoras.

El delirium es un trastorno orgánico de las funciones mentales superiores que de manera aguda, transitoria y global producen alteración del nivel de conciencia. Esta alteración en el estado mental se caracteriza por ser aguda y reversible. Es consecuencia de una alteración cerebral primaria o secundaria a una enfermedad sistémica (enfermedades metabólicas, infecciosas en especial infección de orina), neurológicas, intoxicación o abstinencia de agentes tóxicos o fármacos como el Lormetazepam.

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD), también denominados síntomas conductuales y emocionales o síntomas neuropsiquiátricos.

Respecto a su *tratamiento jurisprudencial*, Fonseca (2007) nos advierte de la escasez delictiva en estos casos dándose en muy pocas ocasiones su aparición en los tribunales.

En el delirium es más frecuente en las situaciones que ha habido consumo de sustancias. Habrá eximente completa cuando este trastorno se produzca en forma muy intensa o en personalidades predispuestas, el sujeto presente una grave afectación de su nivel de conciencia, encontrándose confuso mental, obnubilado, agitado y con perturbaciones propias del automatismo psicosensores, no pudiendo conocer el valor de sus actos para inhibir sus tendencias automáticas e instintivas, lo que producirá en el mismo una incapacidad para comprender la ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicha comprensión, permitiendo la aplicación de la eximente completa del art. 20.1 CP. Pero cabe valorar cada caso en concreto y no generalizar, por lo que también es posible que se de una leve afectación por la no plenitud del cuadro y concurra una semi-imputabilidad o una atenuación por analogía. La incidencia legal en estos casos se suele generar por consumo de sustancias, especialmente por alcoholismo.

En el caso de la demencia, la misma autora nos indica que la demencia es de los trastornos mentales que una vez establecidos, y fundamentalmente en estados avanzados, no ofrecen dudas sobre su plena inimputabilidad. Pero esta circunstancia se genera en muy escasas ocasiones y si se trata de un cuadro de afectación parcial suele incurrir la eximente incompleta. El interés forense recaería en aquellos casos que el delito se comete en las fases iniciales de la demencia, periodo

conocido tradicionalmente como médico-legal de las demencias, donde los síntomas o no son muy claros o fluctúan con momentos de aparente normalidad, y en los que el trastorno psíquico no tiene la suficiente intensidad para ser considerado como eximente, encontrándose la imputabilidad tan sólo parcialmente disminuida, y siendo de aplicación la semieximente del art. 21.1 CP o, incluso, la atenuante analógica del art. 21.6 CP.

A nivel *criminológico* y *psicológico-forense*, ambos trastornos tienen poca trascendencia debido a la poca incurrancia criminal que producen los sujetos con esta enfermedad.

En el caso del delirium, el sujeto mantiene las facultades psíquicas superiores entorpecidas y apagadas, con lo que daría libertad a los automatismos donde no habría freno inhibitorio de la conducta y dar a lugar a reacciones impulsivas (Ailhaud, 2002). Debemos también tener en cuenta que esa misma confusión que sufren estos individuos conduce a un estado de desorientación y apatía que limita el campo de acción. Estos cuadros cuando se da el estado estuporoso no suelen dar lugar a delitos ya que la persona se encuentra encamada, obnubilada e inactiva; son los estados agitados los que suelen haber acción delictiva por accidentes fortuitos, en especial en los casos de intoxicación por sustancia y presencia de alucinosis donde pueden concurrir delitos de sangre (Rodes y Martí, 1997) siendo de las pocas ocasiones donde se puede fundamentar la existencia de un trastorno mental transitorio.

En la demencia su interés forense orbita entorno a los déficits cognitivos, en especial las alteraciones de la memoria, alteración de la capacidad lógica, falta de juicio crítico, delirios de perjuicio, conductas desinhibidas y cambios globales de personalidad. Los delitos más frecuentes son las agresiones sexuales, con predilección sobre los niños, así también como delitos sexuales sin violencia como exhibicionismo, falta de pudor, tocamientos etc (Ailhaud, 2002).

4.2.6.2. *Trastorno bipolar y trastornos de ansiedad*

El *trastorno bipolar* en el actual DSM-V es una entidad patológica aislada, a diferencia de lo que ocurría en la anterior versión del manual donde lo situaba en el apartado Trastornos del estado de ánimo; situación análoga a la *depresión* que se ha visto categorizado en un apartado propio.

Los *cuadros depresivos* son de carácter casi irrelevante debido a su poca trascendencia criminal, encontrándose sólo en pocas ocasiones acciones antijurídicas omisivas e imprudentes y

sólo teniendo especial significación forense la tendencia al suicidio y el homicidio altruista (Friedman, et al., 1983). En estos supuestos hay una grave afectación que puede conducir a la exención como así se refleja por la jurisprudencia en la STS de 15 de marzo de 1990 (RJ 1990\2484) y STS de 20 de octubre de 1993 (RJ 1993\7809) (Fonseca, 2007).

El foco de estudio e interés forense se ubica en la los *episodios maníacos* siendo la más delictógena por la exacerbación del estado de ánimo donde los delitos que cometen en esta fase son los violentos, arrebatados o en corto-circuito y sin posibilidad de planeamiento, dada la inmediatividad entre la idea y su ejecución propia de esa fase eufórica (Ailhaud, 2002) propia del trastorno bipolar y relacionados. Es opinión común en la doctrina y en la jurisprudencia que procede la exención de responsabilidad criminal si el hecho que comporta la conducta delictiva ocurre durante la fase activa de un episodio depresivo mayor o maníaco, pues en ellos, el sujeto puede perder el contacto con la realidad y por lo tanto el juicio crítico o comprender fugazmente el valor real de sus actos pero no ser capaz de inhibirlos, anulándose la capacidad para comprender la ilicitud del hecho o la de adecuar su conducta conforme a dicha comprensión. Son las formas menores y atenuadas (ciclotimia, distimia etc) y las fases intercríticas, las que generan más controversia y necesidad de estudiar el caso individual (Fonseca, 2007). Así lo establece la STS de 28 de septiembre de 1998 (RJ 1998\7367). En el caso de aparición de síntomas psicóticos y el trastorno esquizoafectivo con incurrancia criminal en fase maníaca existe concierto en concluir que la imputabilidad se ve afectada en estas situaciones.

En cuanto a los *trastornos de ansiedad* se persigue la misma línea en cuanto su poca incidencia criminal. Pese que fueron inicialmente irrelevantes penalmente, en los últimos tiempos el Tribunal Supremo ha optado por considerarlas como elemento valorativo como eximente por su base biopatológica y su inclusión en los principales manuales diagnósticos (Fonseca, 2007). Pese a todo, no existe una doctrina uniforme y se debe estudiar cada caso individualmente para demostrar la afectación de las capacidades, como bien indica la STS de 10 de junio de 1999 (RJ 1999\3885). Cuando existe una demostrabilidad que apareció una grave afectación de las capacidades en el momento de los hechos se puede producir, a juicio del legislador, una eximente incompleta, siendo habitual que concurren otras circunstancias que expliquen esta merma de facultades.

4.2.6.3. *Trastornos del control de los impulsos y trastornos parafilicos.*

Estos trastornos a penas contienen incidencia por su poca concurrencia criminal o por su inoperancia legal así quedan relegados a meros casos anecdóticos.

En lo que se refiere al *control de los impulsos*, el DSM-V ha incluido en la clasificación el Trastorno antisocial de personalidad, que ya viene referido en un punto anterior del presente trabajo. A su vez ha excluido la ludopatía, que se encontraba en este apartado, para incluirla en los Trastornos en relación a sustancias, que de igual modo se ha incidido resumidamente en el apartado correspondiente.

En cualquier caso, las entidades que más relevancia conmueven en un plano forense son la *cleptomanía* (un fracaso repetido en resistir los impulsos a robar objetos no necesarios para el uso personal o por su valor monetario), la *piromania* (existencia de una reiteración de actos o intentos de prender fuego a diversos objetos sin motivación aparente) y el *trastorno explosivo intermitente* (dificultad para controlar los impulsos, en especial agresivos, que se traduce en explosión de violencia y comportamientos amenazantes). Todas estos cuadros tienen en común que, pese no se pierde el intelecto y la comprensión sobre lo que se realiza, el paso a la acción es un acto compulsivo, de modo irreflexivo y no meditado, sin importar resultados por tal de calmar la ansiedad (Ailhaud; 2002).

La doctrina de la Jurisprudencia no resulta uniforme en este aspecto y una vez más debe optar por estudiar cada caso individualmente. En general, al considerar que estos sujetos tienen plena comprensibilidad de los hechos es difícil aseverar una afectación total de la volición, pudiéndose encontrar en grado alterada, por lo que lo habitual es considerar a estos sujetos imputables o aplicar atenuante por analogía. Los casos en que se aplica semi-imputabilidad o eximente incompleta se debe dar forma comórbida otros trastornos que explican la importante merma de la voluntad (Fonseca, 2007) como bien estipula el SAP de Madrid de 7 de marzo de 2003 (JUR 2003\200794) y el SAP de Ciudad Real de 30 de marzo de 2006 (JUR 2006\167559).

En cuanto a los *trastornos parafilicos*, encuadrados en el DSM-IV-TR en el apartado de *Trastornos sexuales*, actualmente tienen una categoría propia. Estos trastornos son un grupo de afecciones en la que el sujeto que las padece tiene una actividad sexual distinta de las pautas consideradas como normales, alcanzando la excitación sexual con determinados estímulos que no forman parte de los patrones de la conducta sexual normal en que incurren fantasías sexuales intensas (Carrasco y Maza, 2002).

Cabe realizar un inciso en este punto, ya que algunos autores (p.ej. Adam, 2015) han criticado la valoración que se realiza del DSM-V respecto a estas entidades morbosas, ya que al pasar de describirlas como una conducta anormal, poco frecuente o excesiva a describirla como trastorno, es decir, a considerarla un elemento que provoca malestar en el sujeto, genera un conflicto legal. De este modo el manual no contempla que incluir como trastorno conductas como la pedofilia y describirlas como *impulsos irreflexivos* está produciendo multitud de problemas en el plano jurídico poniendo a disposición este diagnóstico para la inimputabilidad del delincuente sexual. Son muchos los que demandan su exclusión en el presente manual tal y como se descartó la posibilidad de incluir el *Paraphilic Coercive Disorder* (Stern, 2010). Cabe profundizar en el hecho de que el trastorno mental no siempre supone una modificación de las bases psicobiológicas de la imputabilidad, cuestión que bien entiende la Jurisprudencia como referimos a continuación.

En los sujetos con parafilia, para poder saldar la ansiedad que generan sus deseos sexuales implica que la necesidad por satisfacer sus fantasías vaya en aumento, por lo que el impulso que los motiva se va haciendo cada vez más difícil de controlar (Sierra et al., 2006). El Tribunal Supremo ha mantenido desde su reconocimiento como enfermedad mental por las clasificaciones internacionales ya mencionadas, una doctrina reiterada que rechaza sistemáticamente la aplicación de la eximente completa de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 CP, por considerar que, en general, estos sujetos son libres de actuar al tener una capacidad de querer, de entender y obrar plenas, apreciando una eximente incompleta del art. 21.1 CP únicamente en los supuestos en los que el trastorno de la sexualidad concurre con otros factores que acentúen la misma y erosionen de forma significativa la voluntad del sujeto, dejando la aplicación de la atenuante analógica para aquellos casos en los que se mostraba una afectación sensible de la capacidad intelectual y volitiva del sujeto e, incluso en ocasiones, la inaplicación de circunstancia atenuante por considerar que el simple diagnóstico de trastorno de la inclinación sexual no supone ya una limitación de la capacidad para comprender la ilicitud del hecho y controlar su conducta conforme a ese conocimiento (Fonseca, 2007). Así viene referido en la SAP de Cáceres de 4 de octubre de 2006 (JUR 2006\286407) y STS de 8 de mayo de 2001 (RJ 2001\2699).

4.2.6.4.Miedo insuperable.

Viene regulado en el artículo 20.6 del Código Penal, por lo que no es considerado en la categoría de anomalía o alteración psíquica, sin embargo, algunos autores, entre ellos Carrasco y

Maza (2005), entienden este como un trastorno de ansiedad (crisis de angustia o fobia específica) en respuesta a una situación que objetivamente puede causar un estrés vital, por lo que se podría entrar a valorar desde la labor del psicólogo forense.

Los requisitos por los que se regula el obrar impulsado por miedo insuperable, el cual constituye una circunstancia eximente completa de la responsabilidad, son: que exista un temor fundado que coloque al sujeto en una posición de terror invencible que anule su voluntad; que dicho miedo esté inspirado en un hecho efectivo, real y acreditado; que dicho temor anuncie un mal igual o mayor que el causado por el agente; este miedo ha de ser insuperable por la mayoría de las personas; y que el miedo sea el único móvil de esa acción.

5. Indigencia y criminalidad

En el siguiente bloque de este trabajo se aborda un caso práctico simulado donde se le práctica una evaluación psicológico forense a un supuesto individuo indigente el cual ha incurrido criminalmente. Esta circunstancia no fue escogida de modo fortuito sino que desea plasmar una realidad social que representa a un sector marginado de la población y que muestra la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión social. Sin perder de vista este motivo, no queríamos pasar por alto la oportunidad que se nos brinda para realizar una breve reflexión a este respecto.

Y es que a lo largo de estas líneas hemos reiterado que existen una serie de factores, remarcando especialmente la presencia de alteraciones mentales y el consumo de sustancias, que resultan de muy relevantes en la explicación de ciertas conductas delictivas a debidas cuentas de la fuerte asociación existente entre estos fenómenos y determinados tipos antijurídicos (Becerra-García y García-Leon, 2012; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Moré, 2003).

Si bien existen sectores de la sociedad que, debido a condiciones socio-económicas y macrosistémicas, la presencia de estas situaciones resulta muy intensa, existe una población especialmente vulnerable: la *población indigente*. Para este subconjunto de la población se ha demostrado por diferentes estudios una mayor prevalencia de trastornos mentales especialmente trastornos psicóticos, dependencia de alcohol y otros tóxicos, trastornos de la personalidad y depresión (Herrman, 2008).

Las *personas sin hogar* conforman un colectivo difuso en sus límites y heterogéneo en su composición y características. Frente al perfil prototípico de “transeúnte o indigente” de hace 20 años (varón, con una edad media de 40 años, sin cualificación laboral, con actividades laborales esporádicas o marginales, itinerante tanto por su relación con trabajos estacionales como por la lógica de atención que se prestaba en los albergues, con problemas de alcoholismo, etc.), hoy nos encontramos con nuevos y múltiples perfiles diferenciales (mujeres, familias monoparentales, jóvenes, parados de larga duración, toxicómanos, enfermos mentales, etc.)

Tal y como recogen los diferentes informes anuales elaborados por el Observatorio Europeo de los Sin Techo y coordinados por FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con los Sin Techo) (García y McCarthy, 1994) la magnitud de este fenómeno es sin duda importante. Según las estimaciones realizadas en estos informes, la media de

la Unión Europea se sitúa en una prevalencia que ronda las 7,5 personas sin hogar por cada 1.000 habitantes. En nuestro país hay una gran laguna en cuanto a censos, estadísticas o estudios epidemiológicos respecto a la población sin hogar. Las estimaciones nos sitúan en un rango que abarca de 40.000 a 45.000 personas en España viviendo en la calle o temporalmente alojadas en albergues, y que se extendería a 225.000-250.000 personas si incluimos a aquellas que se encuentran alojadas en condiciones muy precarias cuando no infrahumanas (Moyano, 2010). Estos datos contrastan respecto a los del Instituto Nacional de Estadística que en el 2012 los sitúa en los 22.928 personas (Trigo, 2016).

Para este colectivo en España los estudios han demostrado elevada prevalencia en trastornos mentales, especialmente altos índices de esquizofrenia (Vega y Palomo, 1996) y elevado consumo de sustancias, con porcentajes de entre el 6 y 30% de abuso o dependencia de drogas (Fazel, Khosla, Doll, y Gades, 2008). Si consideramos los datos ofrecidos en apartados antecedentes respecto a como estos factores interactúan como precipitadores y desinhibidores de conductas criminales resulta ostensible suponer una relativa incurrancia delictiva por parte de esta población.

En Estados Unidos existe una prolífica costumbre investigadora en el campo de las Ciencias forenses y criminológicas en el estudio de la población indigente, y pese que las diversas investigaciones no siempre llegan a puntos concordantes, parecen coincidir en que los individuos indigentes son en mayor porcentaje detenidos por las autoridades, cometen más actos delictivos y son sentenciados en mayor medida con condenas privativas de libertad, hallándose mayor número de correlaciones significativas con trastorno mentales severos y el consumo de sustancias y tóxicos que aquellos con residencia (Roy, Crocker, Nicholls, Latimer, y Reyes, 2014).

Contrariamente, en el marco de estudio español no se han hallado investigaciones que profundicen en este tema, pareciendo haber una cierta laguna o vacío investigacional. Las principales aportaciones disciplinarias parecen provenir de sociólogos, trabajadores sociales y profesionales clínicos en salud mental (p. ej. Cordero, 2012; Bachiller, 2009; Martínez, 2014; Trigo, 2016). En estos estudios se recalcan las duras condiciones de vida de este colectivo, generan reflexiones teóricas sobre su precipitación y la existencia del fenómeno, y principales cuadros psiquiátricos que suelen aparecer entre estos individuos; pero el estudio de su incidencia criminal y presencia en los salones de justicia parece ser omitido.

Nuestra opinión estriba en que nos encontramos ante el efecto de la denominada *cifra negra de la criminalidad* (los delitos que se producen pero que nunca llegan a formar parte de las estadísticas) (Fernández, 2013). Las razones que explican este suceso pueden deberse a la baja tasa de denuncia (al ser delitos que se quedan en muchas ocasiones dentro de la comunidad y se relegan a la esfera íntima de estos sujetos) y, principalmente, por razones político-criminales de humanidad. No debemos olvidar, como bien establecimos en el caso de los enfermos por trastornos mentales severos, su especial situación de vulnerabilidad y exposición los hace más víctima que agresores. Cabe señalar que en estos últimos tiempos ha habido un incremento de las agresiones a estas personas por rechazo u odio a su pobreza entendida como *aporofobia* (Iranzo y Serrats, 2011) por lo que su protección política e institucional resulta en cierto grado entendible, pese que no debemos obviar, desde un marco investigacional y académico, su representación criminogénica.

6. Evaluación Psicológico Forense de la Responsabilidad Criminal

6.1. De la simulación y modo de evaluarla

El término *simulación* está lleno de matices por cuanto alude a actitudes de encubrimiento (en el inglés británico, descritas como *dissimulation* o *deception*), de fingimiento o engaño (en el inglés americano, *faking*), o bien de invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico (en inglés, *malingering*), o de una incapacidad producida por un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de esta, y de la que se deriva alguna ventaja personal (Inda, Lemos, López, y Alonso; 2005). La simulación es una problemática de gran relevancia en cuanto a frecuencia de presentación. En relación a la presencia de esta conducta en procesos civiles, penales y laborales de discapacidad e incapacidad, se encuentran porcentajes de presentación que oscilan entre el 14 y 50% (variando estos porcentajes en función del estudio consultado) (Santamaría, Ramírez, y Ordi; 2013). La elevada frecuencia de presentación de esta conducta, la repercusión médico-legal que conlleva y la heterogeneidad de las patologías medico-psicológicas en las que puede encontrarse, hace necesario valorar la simulación de forma directa y mediante el uso de instrumentos de exploración específicos. En cuanto al procedimiento, en la valoración de una posible simulación es necesario realizar un abordaje multimétodo recogiendo e integrando la información procedente de diferentes fuentes y medidas.

La última versión de clasificación DSM-V recoge las características de la simulación en el apartado de falta de adherencia al tratamiento, incluido en el epígrafe de *otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*. La descripción que se realiza en el manual indica que la conducta de simulación consiste en la producción intencionada de síntomas (físicos y psicológicos) motivados por incentivos externos (como evitar situaciones indeseadas u obtener alguna compensación), siendo un comportamiento del que debe sospecharse si se observa la presencia de una o varias de las siguientes circunstancias: 1) que la persona se encuentre inmersa en un proceso médico-legal; 2) que exista una marcada discrepancia entre las quejas o discapacidad indicada y los hallazgos objetivos; 3) que haya falta de cooperación durante el proceso de diagnóstico o de tratamiento; y 4) que exista un trastorno de personalidad antisocial (APA, 2013).

No obstante por ello, la tarea del psicólogo forense no se limita a la evaluación del estado clínico del acusado y de la interpretación de los resultados cara a la imputabilidad, sino que además previamente ha de someterse a prueba la hipótesis de simulación, dado que la exención o atenuación

de la responsabilidad implica beneficios penales, como lo es la exención de responsabilidad del individuo. Dichos beneficios pueden llevar a que el acusado intente modificar su estado psíquico. En caso de que el profesional detecte simulación, el diagnóstico no será válido; si por el contrario no se advierte de la misma se asumirá que el diagnóstico clínico alcanzado es el válido y fiable y por tanto el correcto (Arce et al., 2014; Arce, Novo, y Alfaro, 2000; Arce y Fariña, 2006 a, b).

Como bien indican indican Arce, Pampillon y Fariña (2002) si bien la psicología está bien dotada para la evaluación del trastorno mental con numerosas pruebas psicométricas y formatos de entrevistas, no está tanto para la detección de esta característica singular del contexto judicial que es la simulación. De hecho, Rogers (1997) advierte, tal y como ocurre en el campo clínico, que “ si nos investigamos la simulación no vamos a encontrarla” (p. 5). Es este el motivo por el cual el objeto de la pericia no sólo es la evaluación del estado mental, sino desechar la opción que la persona que estamos evaluando represente de forma simulada una enfermedad que no posee con las consecuencias legales que ello conlleva. De la importancia de llevar a cabo un control de la simulación en este ámbito se desprende, entre otras cosas, que no podemos ajustarnos a la clásica evaluación clínica para determinar la existencia de un trastorno. Pero no solo esto, sino que como afirman Echeburúa, Muñoz, y Loinaz (2011), la evaluación forense dista en más aspectos de la evaluación clínica, entre otros: el *objetivo* (ayudar a tomar una decisión judicial vs. diagnóstico y tratamiento), la *relación evaluador-sujeto* (escéptica, aunque con un rapport adecuado vs. empática), el *secreto profesional* (sin vs. con), o el *ámbito de la evaluación* (estado mental en relación al objeto pericial vs. Global). Resulta comprensible la toma de precauciones si prendemos consideración que en nuestro medio dichos comportamientos suelen estar determinados por diversas causas, a veces patológicas (la existencia de algún trastorno mental real), criminológicas (la necesidad de evitar responsabilidades jurídicas) o meramente adaptativas (conseguir determinados objetivos en circunstancias adversas) (Rogers, 1997).

En cuanto al concepto de simulación, Resnick, West, y Payne (1997) lo matizaron cuando diferenciaron entre simulación pura (*pure malingering*) o fingimiento de un trastorno no existente; simulación parcial (*partial malingering*) o la exageración consciente de síntomas presentes o de un trastorno ya superado; y falsa imputación (*false imputation*), la atribución errónea de síntomas reales a una determinada causa, debido a un engaño inconsciente o a una mala interpretación de la situación.

Otros tipos de intento de ocultación o manipulación de la información pueden ser (Urra, 1997):

1. Disimulación: Es el antónimo de la simulación. Trata de ocultar el padecimiento de algún trastorno o minimizarlo.
2. Retrosimulación: Exposición de cuadros clínicos padecidos anteriormente.
3. Meta-simulación: Hace ver que se inicia una patología con visión de futuro, planteada por los presos que preparan su pronta salida de la cárcel sin voluntad de modificar su conducta delictiva (no confundir con psicosis carcelaria).

Para el caso concreto de la inimputabilidad los principales cuadros que son simulados son los de tipo psicótico, demencias y otros trastornos neurocognitivos, trastornos disociativos y retraso mental (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999).

Pese que no existe ningún signo patognomónico que defina a la persona simuladora, para su detección es necesario aprender con la experiencia y seguir unas directrices que marquen la evaluación.

Esbec y Gómez-Jarabo (1999) determinan los siguientes puntos:

1. *Descartar patología:* El cuadro no encaja en la nosología.
 - a) Anamnesis exhaustiva.
 - b) Examen clínico meticuloso.
 - c) Pruebas complementarias.
2. *Descartar trastornos facticios con síntomas psicológicos.*
3. *Detectar factores de riesgo de simulación.*
 - a) incentivo externo
 - b) trastorno antisocial de personalidad.
 - c) posibilidades de metasimulación.
4. *Detectar signos de sospecha.*
 - a) exploración clínica.
 - b) test.
5. *Abordaje directo del probable simulador.*
 - a) Confrontación.
 - b) Confesión.

Estos mismos autores ofrecen veinte elementos que pueden servir como esquema de análisis durante la exploración:

1. *Incentivo externo: Premio tangible o evitación del castigo.* Elemento clave para la determinación de simulación (DSM-V, 2013).
2. *El cuadro no encaja en la patología habitual.*
3. *Sintomatología estafalaria.*
4. *Sobreactuación clínica:* Cuadro clínico muy llamativo, con gran riqueza de síntomas o con síntomas muy sofisticados.
5. *Cuadro experimentado o conocido por el paciente:* Metasimulación.
6. *Personalidad antisocial:* En la investigación de Kucharski et al. (1998) el 56,6% del grupo probable simulador presentaba algún trastorno de personalidad, especialmente antisocial (43,3%) y límite (6,6%), mientras que en el grupo honesto sólo un 26,6% presentaba algún trastorno de personalidad.
7. *Test y escalas:*
 - a) Exageración uniforme: Elevación de casi todas las escalas, fracaso en todas las subpruebas de rendimiento.
 - b) Escalas de validez sugieren simulación-exageración.
 - c) Presentación sospechosa, utilizando la escala de Kucharski (1999).
 - d) Respuestas aproximadas en las pruebas de rendimiento.
 - e) Escalas específicas como el SIRS (Resnick, 1996).
8. *Testimonio o cuadro clínico inestable, inconsistente o muy estructurado.*
9. *Dudas o contradicciones.* Especialmente con preguntas dirigidas muy cerradas en relación a la sintomatología del cuadro clínico.
10. *Datos narrados, no vivenciados.* No se observa implicación emocional cuando se verbaliza su sintomatología.
11. *Plastia (correlatos emocionales) o curso no habitual.* Las emociones no siguen un curso típico progresivo o son inapropiadas.
12. *Alucinaciones auditivas que impulsan el delito:* Pese que no son excepcionales entre los pacientes psicóticos con frecuencia intentan evadirlas de múltiples formas. Cabe valorar en que momentos se generan estas alucinaciones, que estrategias emplea para inhibirlas y otros supuestos para contrastarlo con el conocimiento en psicopatología más actual y validar su sinceridad.

13. *Exhibicionismo del cuadro clínico*: El entrevistado recrea su síntoma con facilidad. Los delirios son inusualmente verbalizados. Resulta muy abordable por el explorador.

14. *El entrevistado no busca soluciones*: El falso paciente psicótico que refiere alucinaciones, o un delirio primario de tipo persecutorio, por ejemplo, no informa de conductas de pánico, ni solicita ayuda, cambio de domicilio etc.

15. *Agotamiento*: Especialmente es difícil aguantar la fuga de ideas en un simulador, el abatimiento o el sistema delirante en un paranoico.

16. *Referencias de otras personas del contexto del entrevistado*.

17. *Ausencia de sintomatología actual (en casos de peritajes retrospectivos)*: El examinado asegura encontrarse perfectamente y no observa ningún signo de deterioro ni personalidad premórbida de base ni alteración biopatológica previa.

18. *Presentación, lenguaje y afectividad*.

19. *Ausencia de sintomatología sutil*. Sólo se fingen los síntomas más conocidos.

20. *Ausencia de respuestas al tratamiento convencional*: La persona no mejora significativamente con el tratamiento convencional (p.ej., psicofármacos).

Resiguiendo esta línea de actuación, Tapias, Bello, Gómez y Vesga (2004) reseñan unos criterios de detección de la simulación con base en los trabajos de Iruarrizaga (1999), Marcó, Martí y Pons (1990), Delgado, Esbec y Pulido (1994), y Rogers, Sewell, Morey y Ustand (1996), que se pueden apreciar a continuación:

1. Comportamiento durante la evaluación forense

- a) Retienen información y no cooperan
- b) Llaman la atención sobre su enfermedad
- c) Presentan alteraciones del lenguaje no verbal

2. Características de los síntomas simulados

- d) Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad
- e) Fingimiento de síntomas más que cuadros diagnósticos íntegros 6. Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos
- f) No perseveración de los síntomas por períodos largos
- g) Dificultad para fingir síntomas fisiológicos

h) Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula

3. Aspectos del historial clínico y judicial

- i) Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado
- j) Discrepancia entre el auto-reporte y los archivos médicos
- k) Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas
- l) Evidencia de complicidad
- m) Certeza de engaños anteriores

Con respecto a esto, Ailhaud (2002) señala una serie de estrategias que pueden ayudar al psicólogo forense a detectar la simulación por parte del acusado. En primer lugar, el *efecto suelo*: en su afán por aparentar deterioro psíquico, el evaluado falla en tareas tan sencillas que incluso aquellas personas con mayores alteraciones son capaces de completar con éxito. Segundo, *curva de rendimiento*, falla respuestas muy fáciles y, por el contrario, acierta otras más difíciles. Tercero, *evaluación de la validez sintomática*, tareas de elección forzada en las que se considera indicador de simulación que el rendimiento se halle por debajo de lo esperado. Por último, refiere las *secuelas asociadas*, cuando el sujeto se atribuye muchos síntomas psicológicos o actitudes que son atípicas en su alteración.

De igual forma, se ha de estar atento y evitar en la medida de lo posible, todos los errores en la detección de engaños. Para ello cabrá rehuir los errores de falsos positivos y falsos negativos evadiendo los errores de ideosincracia y el error de Otelo, distanciándonos de ideas preconcebidas y prejuicios autoconfirmados (Soria et al.,2002).

A este respecto, Arce y Fariña (Arce et al., 2002; Fariña, Arce, y Novo, 2004), en un estudio de campo con legos en Psicología a los que pidieron que simularan una enfermedad mental no imputable en el MMPI y en una entrevista clínico-forense, encontraron que el 78,8% de los participantes eran capaces de simular en el MMPI una enfermedad mental no imputable y el 41,2% en la entrevista clínico-forense. La evaluación clínica tradicional no es efectiva en la detección de la simulación, simplemente porque ésta no se busca. Los resultados de diversos estudios de campo muestran que las escalas de control de validez del MMPI son indicadores robustos de la simulación, pero no totalmente efectivos y lo mismo ocurre con la detección de las estrategias de simulación en

la entrevista clínico-forense: evitación de respuestas, combinación de síntomas, síntomas raros, síntomas obvios, síntomas sutiles, síntomas improbables, severidad de síntomas, inconsistencia de síntomas observados y manifestados, estereotipos erróneos y negación de sintomatología habitual.

Aún es más, los legos en psicopatología fueron capaces de discriminar en el MMPI entre patologías esperadas (paranoia y esquizofrenia) y no esperadas (hipocondría, depresión, histeria, masculinidad-feminidad, psicastenia, hipomanía e introversión social). En consecuencia, estos resultados sugieren la necesidad de emplear procedimientos y técnicas que controlen la simulación (Arce et al., 2014; Arce et al., 2002). Por tanto, es preciso combinar estos indicadores para detectar a todos los simuladores (Arce et al., 2002).

Es necesario conocer los indicadores clínicos de la simulación de trastornos mentales que se relacionan con el proceso de la imputabilidad penal, puesto que estos pueden ser de gran ayuda a la hora de evaluar al posible simulador. Algunos de estos errores se basan en que nada puede ser recordado correctamente y en la inconsistencia del discurso, es decir, existe una tendencia a exagerar el padecimiento de la enfermedad (Arce et al., 2014). Esto supone que aquellos evaluados simuladores suelen llamar la atención a través de su enfermedad en contraste con aquellos pacientes reales y fracasan al imitar la enfermedad que se sea. Por ejemplo, raramente simularán descarrilamiento, incoherencia o perseveración al imitar la esquizofrenia y darán un mayor número de respuestas evasivas (Arce et al., 2014; Rogers, 2008). Por último, los simuladores no suelen mostrar síntomas negativos o signos sutiles de esquizofrenia residual, como afecto embotado o discurso incoherente, sino que tienden a manifestar síntomas positivos más fácilmente asociables con lo extraño, como alucinaciones, delirios, etc. (Arce et al., 2014)

6.2. Instrumentos para la evaluación

Es indudable que el buen profesional debe valerse para su correcto ejercicio de aquellas herramientas que, desde el empirismo científico, ofrezcan mayor grado de solvencia metodológica y unas garantías de confiabilidad. En caso contrario, la administración indiscriminada de instrumentos puede suponer malgastar el tiempo o, lo que es peor, obtener unas conclusiones de dudoso rigor con consecuencias jurídicas más o menos graves para el interesado. Las responsabilidades éticas comienzan con una adecuada preparación y continúan con la selección, administración, puntuación e interpretación de los resultados de las pruebas (Esbec y Robles, 2013). Este asunto no resulta discrecional sino que es una exigencia que viene operativizándose desde hace

años y que ha ido revistiéndose de mayor importancia como una máxima de primer orden. Así lo ha dejado patente el Derecho estadounidense, pioneros y exponentes en el campo forense, cuando instituyeron la regla 702 de las *Federal Rules of Evidence*, normativa que rige los estándares para la presentación de la prueba forense en el sistema judicial. Estas reglas, basadas en los *criterios Daubert* (1993), disponen que el conocimiento científico del que parten los expertos debe ser el necesario para entender la evidencia o determinar los hechos del caso; estar basada en suficientes hechos y datos, sustentarse en sólidos estándares y métodos y haberse aplicado éstos a los hechos del caso (Gómez-Fröde, 2016).

En España apenas disponemos de instrumentos específicos para la evaluación de la responsabilidad criminal (Sierra et al., 2006). Generalmente, se hace uso de modelos de entrevista, de la observación y de otras técnicas de evaluación clínica que se adaptan parcialmente a las variables de interés y al contexto forense. Entre los desarrollados en nuestro país encontramos a Murcia, González, y Basurto (2004) que han desarrollado la *Escala de Evaluación de la Responsabilidad Penal*, un protocolo que marca los pasos que debe seguir el evaluador. Este se basa en el análisis de documentación (descripción pormenorizada del delito y antecedentes psicológicos y psiquiátricos), entrevista semiestructurada (se ofrecen 98 preguntas a modo de guía), análisis de la conducta durante la entrevista, aplicación de diversos instrumentos psicométricos que cuenten con escalas de control de la validez (MMPI- 2 y MCMI II), y todo ello con el objeto de establecer si el acusado es imputable, semi-imputable o no imputable.

De entre estos instrumentos psicométricos clínicos aplicados habitualmente en el contexto forense, Juárez (2005) destaca para la evaluación de la inteligencia: las Escalas Wechsler de Inteligencia para Adultos, TONI-2, Test de Raven o la Batería de Evaluación de Kauffman para Niños; y para la evaluación de la voluntad: Staxi, MMPI-2, MCMI-II, TCI de Cloninger, PCL-R, o las escalas SAPS-SANS.

Ailhaud (2002) referencia algunas entrevistas (semi)estructuradas clínicas que comúnmente se utilizan en forense para la evaluación de psicopatología: *Entrevista neuropsiquiátrica internacional reducida (MINI)*; *Programa para evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN)*; *International Personality Disorder Examination (IPDE)*, para la evaluación de trastornos de personalidad; o la *Entrevista estructurada para trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-DSM IV)*. Sin embargo, al estar contruidos para la clínica, su uso en el ámbito

forense supone una adaptación basada en ciertas inferencias que menoscaban su fiabilidad y validez.

Por otra parte, como señala Juárez (2005), otros autores recurren a instrumentos anglosajones que sí fueron creados para la evaluación forense y que son adaptados al nuestro. La *Ego Function Assessment (EFA)*, de 1976, de Bellak y Goldsmith, evalúa el grado de ajuste y funcionamiento adaptativo con relación a 12 funciones del yo. La *Detección y Evaluación del Estado Mental en el Momento del Delito (MSE)*, de 1984, de Slobogin, Melton y Showalter, es una pauta de entrevista breve que consta de una exploración de los antecedentes del sujeto, de la información sobre el delito y un examen del estado mental actual, con el objetivo de apoyar la función del perito. O las *Escalas Rogers para la Evaluación de la Responsabilidad Criminal (RCRAS)*, de 1984, de Rogers, que incluyen un método de recogida de datos, la valoración de variables psicológicas y situacionales, y, finalmente, la aplicación de modelos decisionales que permiten la contestación “sí” o “no” a una serie de preguntas.

Becerra-García (2015) propone una serie de instrumentos específicamente para uso en contexto forense reconocidos por su utilidad en la detección de la simulación. El primero es el *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)* que se utiliza para detección de patrones de exageración de sintomatología neuropsicológica y psicopatológica. Está formada por 75 elementos de tipo verdadero-falso incluidos en cinco escalas. Estas escalas valoran síntomas inconsistentes con una patología real y son: psicosis que informa sobre síntomas psicóticos inusuales y/o extravagantes; deterioro neurológico que mide presencia de síntomas neurológicos ilógicos y/o atípicos; trastornos amnésicos que valora alteraciones amnésicas inconsistentes con deterioro real; baja inteligencia que mide exageración de un déficit intelectual ante cuestiones generales; y trastornos afectivos que proporciona información sobre síntomas emocionales atípicos de los cuadros ansioso-depresivos. El *Test de Simulación de Problemas de Memoria (TOMM)* se trata de una medida de memoria visual para la evaluación inicial de simulación de síntomas mnésicos. El instrumento está compuesto por 50 ítems-estímulos visuales de objetos comunes y 50 paneles de reconocimiento (paneles que incluyen los ítems-estímulos anteriores y diferentes imágenes de distracción). En su aplicación se realizando ensayos o series de aprendizaje de los ítems-estímulos (donde cada ítem se presenta durante aproximadamente 3 segundos y en distinto orden en cada ensayo).

Arce y Fariña (2007) han propuesto un protocolo para la evaluación de la responsabilidad criminal. Debido a la fiabilidad y validez demostrada por dicho protocolo, a continuación

detallaremos pormenorizadamente el contenido del mismo, para finalmente realizar un estudio de caso en el que se hace uso de este.

6.3. Protocolo de Arce y Fariña de medida de la imputabilidad y control de la simulación (2007)

El protocolo de medida de la imputabilidad y control de la simulación de Arce y Fariña (2007) propone y valida un formato de entrevista adecuado a los objetivos de obtención de la huella psíquica sin facilitar la simulación, al tiempo que cuenta con unos controles de la validez del protocolo a través del estudio de las estrategias de simulación: la Entrevista Clínico-Forense. Todo ello lleva a formular el siguiente protocolo de actuación:

1. Someter al sujeto a sistemas de medida complementarios y concordantes, no fácilmente simulables y que permitan una evaluación de la simulación (preferiblemente MMPI, SCL-90, entrevista, entre otros posibles). Se han de combinar, al menos, dos medidas que impliquen tareas distintas tal como reconocimiento (p. e., MMPI, SCL-90-R) y de conocimiento (p. e., entrevista clínico-forense). De acudir a instrumentos psicométricos concordantes, que es muy recomendable, éstos han de contar con medidas de control de la validez del protocolo (aconsejamos el SCL-90-R que incluye el índice de severidad global, índice de malestar referido a síntomas positivos y el total de síntomas positivos que permiten una estimación de una potencial simulación o disimulación). Con esta segunda medida no sólo se somete a prueba la validez del protocolo (un único indicador de invalidez no es prueba suficiente), sino también la consistencia inter-medidas. Es recomendable que se haga en este orden porque en la tarea de reconocimiento el sujeto aprende. Debe tenerse presente que la tasa de consistencia no va a ser total. No se nos debe escapar que incluso las medidas test-retest distan mucho de la perfección.

La entrevista, que ha de ser llevada a cabo por un entrevistador entrenado y con conocimientos de psicopatología, se estructura en torno a los siguientes pasos:

a. Presentación de la entrevista, del objeto y procedimiento.

b. Pedir a los sujetos que relaten en formato de discurso libre los síntomas, conductas y pensamientos en comparación con el estado anterior al accidente.

- c. Reinstauración de contextos si los sujetos no responden motu proprio sobre sus relaciones familiares (EEGAR), relaciones sociales (EEASL) y relaciones laborales (EEASL).
- d. Construcción de una rejilla de síntomas según el DSM-IV-TR y recuento de los mismos según su expresión directa y sus observaciones; ajustar los síntomas a trastornos.
- e. Controlar la fiabilidad a través del estudio de las estrategias de simulación.

Dicho protocolo de la medida clínica con control de la simulación en casos de valoración de la imputabilidad de Arce y Fariña se circunscribe en torno a dos tipos de criterios: *criterios positivos* y *criterios negativos*. Así, tras contrastar la capacidad de la población general para simular de manera efectiva enfermedades mentales no imputables, discriminarlas de aquellas no relacionadas con la imputabilidad y analizar los indicadores de control de la simulación, concretaron el siguiente protocolo de actuación para la medida clínica con control de la simulación en casos de valoración de la imputabilidad (Arce et al., 2002; Arce et al., 2014).

Los criterios positivos, asociados a no simulación, son la negligencia en la simulación que se manifiesta mediante la (no) evitación de respuestas y las respuestas de deseabilidad social. Aquellos sujetos que sean evaluados por las escalas de control del MMPI en el sentido de que se abstienen significativamente de dar respuesta (Escala ?) y que tienden a dar respuestas de deseabilidad social, no siguen las estrategias típicas de simulación, lo que debe interpretarse más como indicio de veracidad del protocolo que un intento de simulación. Es preciso tener en mente que este criterio se ha interpretado en términos forenses como un indicador fiable de simulación. No obstante, esta relación no se puede generalizar a otros contextos legales tales como la evaluación de daños. Así, a menor tiempo transcurrido entre el daño y la evaluación, mayor probabilidad de que se produzca un perfil inválido (debido a un exceso de omisiones). O sea, la evaluación requiere, en este contexto de evaluación de daños, que éste esté consolidado. Segundo, personas implicadas en litigios por daño personal, dejaban más preguntas sin contestar que otras personas. Además, si se usa el MMPI-2 es preciso tener en mente que el número de preguntas que los individuos dejan sin contestar es menor, debido a que, en esta nueva versión, se eliminaron cinco de los diez ítems del MMPI que eran omitidos con más frecuencia. La clasificación como disimulación de las escalas de manipulación consciente de la imagen del MMPI-2; la configuración psicótica en V; la configuración psicósomática en V; los criterios del Modelo de Decisión Clínica de Cunnien, los cuales permiten recuperar la gran mayoría de los casos graves; y los síntomas no accesibles. Las escalas del MMPI-2 K y F-K son insensibles en los casos reales. En los casos psiquiátricos aparecen

indicadores de simulación, como patologías que deberían estar pero no aparecen, por ello se debe dar más importancia a unos síntomas que a otros (alucinaciones vs problemas del sueño). En la mayoría de los casos aparece la tríada neurótica histeria, depresión e hipocondriasis, donde la depresión tiende a normalizarse ya que se cronifica en forma de somatización y da lugar a que se detecten también indicadores de disimulación ([Arce et al., 2014](#); [Arce, Novo, y Alfaro, 2000](#); Arce y Fariña, 2006 a, b).

Existen otros criterios, los criterios negativos, que sí son accesibles a simulación, es decir, existen una serie de criterios que anulan o mitigan la validez del protocolo. Estos son los sistemas de medición donde las escalas correspondientes del MMPI, las estrategias de control del engaño de la entrevista u otros no detectan enfermedad mental, o lo que es lo mismo si los instrumentos de medida no detectan enfermedad incapacitante alguna no se puede sostener la misma. Este primer criterio es eliminatorio. Otro de ellos son las escalas e índices de control de validez del MMPI y sus combinaciones que miden (sobre)simulación y clasifican el protocolo como simulación; la falta de consistencia interna según el seguimiento de estrategias de simulación en la entrevista sin deterioro mental que la avale; así como la ausencia de concordancia inter-medidas de la entrevista y la instrumentación psicométrica. Estos restantes no son determinantes con lo que requieren cuanto menos la complementación de dos criterios y el estudio de las hipótesis alternativas para concluir en relación a la no imputabilidad. Así, los criterios negativos son aquellos que anulan el protocolo en caso de simulación, por esto mismo se aplican antes que los positivos. Si se cumple el primer criterio, criterio estricto si la enfermedad mental no es medible, no se puede sostener no imputabilidad por causa de enajenación mental y se habla de simulación. Ante este resultado existen dos opciones: se da por anulado el caso (por simulación) o se trata de un caso grave. Si no hay daño y/o no hay concordancia finaliza el caso, si la hay se inicia el diagnóstico diferencial de simulación. Si se trata de un caso grave se aplican posteriormente los criterios positivos. Los restantes criterios negativos en sí mismos no son determinantes, con lo que se requerirá, cuando menos, la complementación de dos criterios y el estudio de las hipótesis alternativas para concluir simulación en relación a la no imputabilidad. Para estos últimos indicios, existe además un criterio de invalidez del protocolo, se trata del concepto de “invalidez convergente”. Aparece en aquellas evaluaciones con resultado de causa de inimputabilidad y consistentes inter-medidas y requiere de, al menos, dos indicios de invalidez para desestimar un protocolo como válido (Arce et al., 2014).

2. Posteriormente, se realiza un análisis de la consistencia interna de las medidas de las escalas de control, consistencia temporal en la entrevista y consistencia interna de la entrevista en relación con el análisis de las seis estrategias de simulación: no cooperación con la evaluación,

síntomas sutiles, síntomas improbables/absurdos, síntomas obvios, síntomas (cuasi)raros, combinación de síntomas y patrones espurios de psicopatología, severidad de síntomas, inconsistencia de síntomas, estereotipos erróneos y agrupación indiscriminada de síntomas.

3. Durante el proceso de análisis de contenido es aconsejable que dos evaluadores por separado lleven a cabo la evaluación. Esto permite comprobar la consistencia inter-evaluadores. Este sistema nos sirve para controlar posibles sesgos de medida e interpretación en el evaluador.

4. Para el estudio de la fiabilidad, los instrumentos psicométricos han de contar con medidas de control que validen el protocolo. Para ello, por una parte, se somete a prueba la validez del mismo y la consistencia inter-medidas, aunque debe tenerse en cuenta que la tasa de consistencia no va a ser total. Esto se debe a que incluso las medidas test-retest distan mucho de la perfección. Por otra, se lleva a cabo el estudio de la fiabilidad según la consistencia interna de la narración de las declaraciones, consistencias inter-medidas, consistencia inter-contexto (antecedentes, pruebas documentales, etc.) y consistencia inter-evaluadores.

5. Tras esto es necesario realizar un control de falsos positivos, esto es, enfermos reales, a través de un estudio de los antecedentes e historia general del sujeto, de las hipótesis alternativas en cada indicador de no validez, y del cumplimiento de los criterios del Modelo de Decisión Clínica de Cunnien para el establecimiento de la simulación.

6. Además, el psicólogo forense cuenta con más información acerca del sujeto que la que facilita la evaluación. Así, a través de la anamnesis o estudio de los antecedentes podemos reforzar nuestra evaluación con los antecedentes del sujeto, datos del entorno, un estudio de su comportamiento, recabar pruebas documentales, otros testimonios, etc.

7. Seguidamente, se hace un estudio psicológico del grado de responsabilidad. Las medidas objetivas proporcionan datos respecto a la información biológica, pero ésta necesita de una complementación psicológica que clarifique la relación de la enajenación mental con la responsabilidad penal. Ésta se refleja en las capacidades cognitivas o volitivas del sujeto que deben estar anuladas para ser declarado no imputable, o deterioradas para reducir su grado de responsabilidad y siempre referido al momento de los hechos.

8. Finalmente, también se puede poner a prueba la validez discriminante, gracias a la cual se observan los resultados en otras medidas no relacionadas con el daño esperado de modo que éstas no deberían verse afectadas.

9. El sistema de evaluación debería ceñirse a las siguientes categorías: “probablemente simulador o con indicios sistemáticos de simulación”; “probablemente no simulador o sin indicios sistemáticos de simulación”. Pese a que el Tribunal Supremo exige la seguridad plena, y no la alta probabilidad, es importante dejar de lado la intención de establecer certeza y utilizar términos probabilísticos ya que el sistema de evaluación está sujeto a error. Además, debe tenerse en mente la máxima “in dubio pro reo” y, en caso de duda razonable, decantarse a favor del acusado, siendo recomendable en estos casos recurrir a una tercera categoría “indefinido”, ya que posicionarse por “probablemente no simulador” supone la asunción de un riesgo más allá del margen de error científico.

PARTE METODOLÓGICA

Estudio de caso: evaluación psicológico forense de la imputabilidad

1. Introducción

En esta segunda parte del trabajo, se presentará un estudio de caso en relación con la valoración de las facultades de un individuo para la determinación de su inimputabilidad y consiguiente responsabilidad criminal. Después de realizar una revisión literaria sobre el fenómeno y estudiar la función del psicólogo forense a la hora de evaluar las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto, aplicaremos el Protocolo de Arce y Fariña (2007) para la comprobación de una hipótesis de inimputabilidad con control de la simulación. Más concretamente, se presentará el caso de un supuesto agresor sin hogar encausado por asesinato y por intento de asesinato y delito por lesiones a otros dos indigentes. A continuación, se exponen los datos del informe, la metodología utilizada y, finalmente, los resultados del análisis llevado a cabo.

A petición del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Barcelona en relación con el procedimiento penal de diligencias previas 109/2016, se solicita la emisión de informe pericial psicológico para la evaluación de D. Sebastián Gutiérrez Alcántara de 29 años de edad, nacido el 30 de julio de 1986 y con DNI 00000000-X, con el objeto de determinar su estado mental en relación al delito del que se le acusa, así como informar acerca de las capacidades cognitivas y volitivas.

Durante las entrevistas, D. Sebastián destaca que es oriundo de Muros (Galicia) donde estuvo viviendo en el hogar familiar hasta los 18 años, momento en que abandona el domicilio de sus padres y deambulando por diversos puntos de España, Francia y Portugal sin paradero estable. Nos explica que estuvo habitando en emplazamientos diversos como centros okupas y campamentos en festivales de música adoptando un estilo de vida nómada propia de una persona sin domicilio fijo. Refiere que las relaciones entre él y sus padres siempre fueron distantes, admitiendo un hondo resentimiento y enemistad hacía su padre, narrando situaciones de conflicto llegando a la agresión física mutua. D. Sebastián explica que nunca ha tenido una relación sentimental formal y estable, manteniendo relaciones esporádicas y poco duraderas. Asimismo, relata que nunca fue un gran estudiante dejando los estudios sin acabar y abandonando la Educación obligatoria. De su etapa adolescente, nos explica que se relacionó con un grupo de iguales que le introdujeron en el consumo de sustancias. Durante este periodo inicia una corta carrera criminal que precipitó en un proceso penal por robo con violencia y tráfico de estupefacientes y siendo internado en un centro de

menores en régimen cerrado durante 6 meses en febrero de 2002, circunstancia contrastada por los presentes peritos en el proceso mediante los expedientes de Fiscalía de Menores en los archivos adjuntos al caso. D. Sebastián refiere que se ubica en Barcelona desde el 2013 donde estuvo viviendo en cajeros, albergues y la playa de la Barceloneta hasta movilizarse en un asentamiento estable, primeramente en un descampado cerca de las vías del metro de la estación de Marina, para posteriormente asentarse debajo de un puente en el parque de la Estación del Norte, lugar al cual llevaba acudiendo desde finales de 2014. Los pocos ingresos que obtiene D. Sebastián explica que vienen de comerciar con chatarra, pequeños hurtos, trabajos temporales sin contrato como repartir publicidad y lo que le ofrece un tío suyo que vive en un pueblo cercano a la urbe (Esplugues de Llobregat) que en ocasiones le da dinero, ropa y comida. Respecto a este familiar nos explica que cada cierto tiempo queda con él, aceptando su ayuda, pero desecha la idea de ir a vivir a su domicilio así como ignora sus consejos de volver al hogar familiar. D. Sebastián nos explica que estuvo internado durante una semana a razón de unas lesiones que le generaron un grupo de transeúntes, ingresándolo en el Hospital Sant Pau de Barcelona con un diagnóstico de Traumatismo Craneo Encefálico Leve e intoxicación por sustancias. Se le derivó a la unidad de psiquiatría con diagnóstico de Trastorno por abuso de sustancias y Psicosis inducida por sustancias, recibiendo el alta tres días después, tal y como aparece en la anamnesis presente en el expediente. Fue adscrito a la Unidad de Conductas Adictivas del mismo hospital en tratamiento hospitalario de día, tratamiento que abandonó a las pocas semanas después pero que le permitió dejar gran parte del consumo drogado. En el momento actual D. Sebastián dice solo consumir alcohol en cantidades variables, y cannabis y hachís de forma esporádica cuando se lo ofrecen. Respecto a los hechos acontecidos, D. Sebastián refiere no haberse encontrado en estado de ebriedad en el momento de la comisión criminal y llevar tiempo sin consumir cannabis ni hachís. Así lo confirma el informe toxicológico emitido por policía científica. En concreto en relación a los hechos, D. Sebastián dice que ya conocía a D. Cammal y D. Nemenja de hace tiempo y que la relación que mantenía con ellos era tensa y hostil. Refiere que se acercó donde se emplazaban porque creía que le habían robado el móvil y que para no llamar la atención se ocultó con una capucha y ocultó un cuchillo de grandes dimensiones que tenía para labores y trabajos con la chatarra. Nos explica que solo tenía la intención de amenazarles para que le devolvieran su móvil pero que al verle e increparle sintió el impulso de atacarles, matando a D. Cammal e hiriendo de suma gravedad a D. Nemenja con una piedra, admitiendo la autoría de los hechos narrados. D. Sebastián comenta que huyó de la escena porque habían varios testigos que se acercaron y marchó por miedo a que lo aprehendieran y que se entregó a las autoridades al día siguiente por miedo y no saber donde ir.

2. Metodología

Para la evaluación psicológico-forense se ha seguido el protocolo de evaluación psicológica para el estudio de la responsabilidad controlando la posible simulación de enajenación mental de Arce y Fariña (2007), detallado anteriormente, adaptado para valorar la imputabilidad del caso que nos ocupa, y elaborar el posterior informe pericial (Anexo 1). La metodología a seguir durante el procedimiento contiene una serie de entrevistas e instrumentos psicométricos que se exponen a continuación.

2.1. Entrevista psicosocial, observación y registro conductual

La entrevista psicosocial supone una toma de contacto con el individuo evaluado permitiendo obtener información de tipo sociodemográfico de su estilo y forma de vida, así como una descripción de los hechos objeto de la denuncia. Por su parte, la observación y registro conductual aparecen durante todo el proceso de evaluación haciendo posible obtener información adicional con la que completar los resultados de la evaluación. Por ejemplo, en los casos de imputabilidad puede permitir observar determinada sintomatología manifiesta de enfermedad mental.

2.2. Análisis de la fiabilidad de las medidas

La fiabilidad se obtiene a través del análisis de la consistencia inter-medidas, intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos (Wicker, 1975). La consistencia inter-medidas se extrae de los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos empleados, por lo que para que exista fiabilidad éstos tiene que ser concordantes. La consistencia intra-medidas se obtiene de los propios instrumentos de medida de medida psicométrica como son las escalas de validez del MMPI-2, los índices globales del SCL-90-R, el análisis de estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense, el gradiente de dificultad del TONI-2 y los estilos de respuestas del 16 PF-5. La consistencia inter-evaluadores implica que la evaluación se llevada a cabo por dos peritos por separado; así, se considerarán los resultados fiables y válidos si el índice de concordancia es superior a 0.80. Por último, la consistencia inter-contextos proviene de la concordancia entre los resultados y los antecedentes y pruebas documentales previos.

2.3. Evaluación clínica

Para la evaluación clínica se recurre a tres instrumentos diferentes de modo que nos permiten controlar el posible interés de presentar un trastorno simulado, una sobresimulación o disimulación de trastornos. Los instrumentos empleados para ello son el MMPI-2, el SCL-90-R y la entrevista clínico-forense.

2.3.1 Inventario Multifactorial de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

El MMPI-2 fue desarrollado por Hathaway y McKinley y publicado por TEA ediciones en 1999. Esta prueba tiene como finalidad la evaluación de múltiples aspectos de la personalidad, fundamentalmente a través de 10 escalas clínicas básicas, para las cuales se toma como impresión diagnóstica de psicopatología una puntuación T igual o superior a 70. A continuación describen las escalas clínicas básicas, hay que tener en cuenta que además de éstas existen otras muchas subescalas.

1. *Hipocondría (Hs)*. Hace referencia al estado físico general, digestión, apetito, vista y sensibilidad valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondriacos de otros grupos de trastornos mentales o de los sujetos normales.
2. *Depresión (D)*. Evalúa la apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo y refleja sentimientos de desánimo, pesimismo o desesperación; y características básicas de personalidad tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos o auto-castigo. Es decir, tiene como finalidad diagnosticar cuadros depresivos.
3. *Histeria de conversión (Hy)*. Alude a quejas físicas específicas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), situaciones de tensión, angustia o miedo.
4. *Desviación psicopática (Pd)*. Mide la disposición a la psicopatía o personalidad antisocial. Los ítems van dirigidos a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores. Generalmente

reflejan una ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta.

5. *Masculinidad-Feminidad (Mf)*. Los ítems de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y aficiones en los que generalmente varones y mujeres difieren.
6. *Paranoia (Pa)*. Los ítems que componen esta escala comprenden ideas delirantes, fragilidad psicológica o sensibilidad interpersonal acentuada.
7. *Psicastenia (Pt)*. Esta escala permite diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo y se compone por ítems referidos a la ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de su propia capacidad, sensibilidad elevada y dificultad para tomar decisiones.
8. *Esquizofrenia (Sc)*. Los ítems se refieren a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal, relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración y escaso control de los impulsos.
9. *Hipomanía (Ma)*. Hace referencia a un estado maniaco moderado, ya que un estado maniaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala aluden a ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, relaciones familiares y conyugales y algunos síntomas físicos.
10. *Introversión social (Si)*. Se refiere a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y no participar en actividades sociales, es decir, refleja un alto grado de reserva social, preferencia por actividades solitarias y ausencia de asertividad social.

Por otra parte, el MMPI-2 cuenta con escalas de control de la fiabilidad y validez de la prueba. Se considera inválida la prueba si aparecen tres o más indicadores de simulación o cuatro de disimulación.

1. *Puntuación ? (Interrogante)*. Supone un recuento de los ítems que el sujeto no contesta o respondidos como “verdadero” y “falso” a la vez; refleja el grado de cooperación con la

evaluación. Si esta puntuación excede de 30 se debe considerar el contenido del test como altamente sospechoso e inválido al margen de que se lleguen a los cuatro indicadores de disimulación o no, y se debe suponer que probablemente hubo un intento de disimulación por parte del sujeto.

2. *Escala L (Mentira)*. Evalúa el grado en que el sujeto evaluado intenta falsificar sus respuestas seleccionando aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable; mide disimulación positiva y ocultación de síntomas. Esta escala un estilo particular de respuesta que altera la exactitud de la medida. Así pues, se tomará esta escala como un indicador de simulación si la puntuación T es menor que 40; y como indicador de disimulación si la T es igual o mayor que 70.
3. *Escala F (Incoherencia)*. Se relaciona con contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas de tal modo que las puntuaciones elevadas advierten de posible simulación; mide síntomas infrecuentes. Una puntuación T mayor que 70 será tomada en cuenta como un indicador de simulación.
4. *Escala K (Factor de Corrección)*. Se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de examen. Se trata de un factor de control del engaño. Cubre un rango de características que muchos individuos prefieren negar acerca de sí mismos. Una puntuación T menor que 40 será tomada en cuenta como un indicador de simulación, mientras que si esta es igual o superior a 70 será indicador de disimulación.
5. *Escala Fb (F posterior)*. Similar a la escala F, tiene como objeto identificar un registro en el que el sujeto ha dejado de prestar atención o presenta un patrón de respuestas azaroso, advirtiendo posible simulación. La escala Fb afecta a las escalas suplementarias y de contenido por lo que puede resultarnos de ayuda, pero no invalida la prueba.
6. *TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero)*. Refleja la tendencia a contestar de forma inconsistente o contradictoria. Una puntuación muy alta refleja aquiescencia y una

puntuación muy baja refleja lo contrario. Una puntuación mayor de 14 invalida la prueba, al margen del número de indicadores de invalidez.

7. *VRIN (Inconsistencia de las respuestas variables)*. Indica la tendencia a contestar de forma inconsistente o contradictoria a través del número de pares de ítems contradictorios que el sujeto contesta inconsistentemente. Una puntuación mayor de 14 invalida la prueba, al margen del número de indicadores de invalidez.
8. *Índice F-K*. También denominada como índice de Disimulación de Gough, para esta escala una puntuación igual o mayor que 30 se tendrá en cuenta como un indicador de simulación, mientras que si es menor a -15 lo hará como un indicador de disimulación. Se trata de un indicador robusto para aquellos intentos de proporcionar buena imagen.
9. *Perfil V*. Dicho perfil implica las escalas de validez L, F y K. El “Perfil en V invertida” informa de posible simulación, para ello la escala L será menor de 50, la F mayor de 80, y la K menor que 50. Por el contrario, el “Perfil en V” advierte de ocultación de síntomas, es decir, de disimulación cuando la escala L tiene una puntuación mayor que 70, la escala F es menor de 50, y la K mayor de 70.

2.3.2. *Lista de Comprobación de Síntomas-90-R (SCL-90-R)*

Esta prueba fue desarrollada por Derogatis (1977) y adaptada a España por TEA en 2002, con el fin de diagnosticar nueve patologías clínicamente relevantes, así como tres índices globales. Las dimensiones sintomáticas evaluadas son las siguientes y supondrán una impresión diagnóstica cuando alcancen un percentil mayor a 80 en el baremo de la población general.

1. *Somatización*. Comprende ítems relacionados con vivencias de disfunción corporal, alteraciones neurovegetativas (especialmente del sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular), manifestaciones psicósomáticas o funcionales, o patología médica subyacente.
2. *Obsesión-compulsión*. Describe conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar.

3. *Sensibilidad interpersonal.* Recoge sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.
4. *Depresión.* Recoge signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos, tratando vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia, falta de energía e ideas autodestructivas, así como otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.
5. *Ansiedad.* Refiere sintomatología clásica de la ansiedad, tanto generalizada como aguda (ataques de pánico) a la vez que engloba signos generales de tensión emocional y manifestaciones psicósomáticas.
6. *Hostilidad.* La escala alude a pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de agresividad, rabia y resentimiento.
7. *Ansiedad fóbica.* Mediante esta dimensión se valoran las distintas variantes de la experiencia fóbica, que se traducen en miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal, persona, lugar, objeto o situación, en las que resultan difíciles las conductas evitativas o de huida.
8. *Ideación paranoide.* Recoge diferentes aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación al no existir percepción de la realidad. Incluye características como suspicacia, centralismo autorreferencial, ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
9. *Psicoticismo.* Los ítems de esta dimensión configuran un espectro psicótico, que va desde la esquizofrenia y la esquizotipia leves hasta la psicosis fundada. En población general esta dimensión se acerca más a la alienación social que a las psicosis clínicamente manifiestas.

Por otra parte, el SCL-90-R cuenta con tres índices globales que ponen a prueba la validez del instrumento. Estos tres índices informan de distorsión de las respuestas en lo referente a los síntomas: negación, combinación o exageración, y severidad. Cuando se dan dos indicadores o más, junto a la posibilidad de daño grave debe plantearse la hipótesis de simulación.

1. *Índice Global de Gravedad o Severidad (GSI)*. Medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. Puntuaciones altas indican severidad de síntomas.
2. *Total de Síntomas Positivos (PST)*. Número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología. Puntuaciones altas reflejan combinación o exageración de síntomas, por su parte las puntuaciones bajas suponen un indicador de negación de los mismos.
3. *Índice de Malestar referido a Síntomas Positivos (PSDI)*. Relaciona el sufrimiento o malestar global con el número de síntomas, por lo que es un indicador de la intensidad sintomática media. Puntuaciones altas pueden reflejar severidad de síntomas.

2.3.3. Entrevista clínico-forense (Arce y Fariña, 2001)

Esta consiste en una entrevista de formato de discurso libre sobre la sintomatología que observa el sujeto en sí mismo. En esta sólo se procede a reinstaurar contextos para facilitar la tarea (v. gr., personal, socio-laboral, de relaciones interpersonales y familiar). Es recomendable que la entrevista sea grabada en vídeo, lo que permite un análisis más riguroso proporcionar la posibilidad de su posterior visionado. Además, incluye el control del seguimiento de estrategias de simulación por parte del evaluado. Éstas son:

1. *Evitación de respuestas o no cooperación*. No muestra interés en la evaluación o no responde a la misma.
2. *Síntomas sutiles*. Estos no son síntomas reales, sino problemas cotidianos que el sujeto informa asociándolos a una enfermedad mental (p. e. ser desorganizado, falta de motivación, dificultades en la toma de decisiones de la vida diaria).
3. *Síntomas improbables*. Aquellos que tienen un carácter fantástico o ridículo (opiniones, actitudes o creencias extrañas) y que no gozan de referentes reales (lo que excluye a los síntomas raros).

4. *Síntomas obvios*. Síntomas de carácter psicótico que se relacionan con lo que vulgarmente se conoce como locura o enfermedad mental.
5. *Síntomas raros*. Síntomas que raramente se dan incluso en poblaciones psiquiátricas reales.
6. *Combinación de síntomas*. El sujeto informa de síntomas reales que difícilmente se dan juntos.
7. *Severidad de síntomas*. Esta categoría analiza el grado de severidad de los síntomas manifestados. Es frecuente que los simuladores atribuyan a la sintomatología que dicen padecer una severidad extrema.
8. *Inconsistencia de síntomas*. Esta categoría tiene por objeto analizar la correspondencia entre los síntomas manifestados por el sujeto y los observados por el evaluador.
9. *Estereotipos erróneo*. Se basa en la detección de concepciones erróneas comunes sobre características clínicas asociadas a trastornos mentales.
10. *Sintomatología habitual*. Esta categoría pretende detectar la negación de sintomatología habitual entre la población normal como dolores de cabeza, discusiones, etc.

2.4. Evaluación de las capacidades cognitivas

El estudio de las capacidades cognitivas se dirige a la medida de la inteligencia y, en caso de observación por parte de los evaluadores de carencias significativas en las funciones neuropsicológicas, a una evaluación neuropsicológica. En este caso se ha recurrido al siguiente instrumento de medida.

2.4.1. Test de Inteligencia No Verbal (TONI-2)

El TONI-2 fue desarrollado por L. Brown, R. Sherbenou, y S. Johnsen y publicado por TEA ediciones en 1995. Este instrumento permite la apreciación de la capacidad de resolver problemas eliminando las posibles influencias del lenguaje y las capacidades motrices. Permite obtener una medida de Cociente Intelectual, distinguiendo los siguientes grados: Muy Superior

(>130), Superior (121-130), Medio-Alto (111-120), Medio (90-110), Medio-Bajo (80-89), Bajo (70-79) y Muy Bajo (<70).

Para poner a prueba la fiabilidad se puede analizar si los resultados del sujeto sigue los parámetros esperados en relación con el gradiente de dificultad de las respuestas, como el individuo evaluado falle aquellos ítems más fáciles y acierte otros más difíciles.

2.5. Evaluación de la personalidad

2.5.1. Cuestionario factorial de Personalidad (16PF-5)

Este instrumento fue desarrollado por R. B. Cattell, A. K. S. Cattell, y H. E. P. Cattell, y publicado y distribuido en España por TEA Ediciones en 1997. Esta prueba pretende dar una visión global de la personalidad del sujeto, mediante la evaluación de 16 dimensiones, funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, configuradas todas ellas como continuos bipolares, entre cuyos extremos se distribuyen de modo estadísticamente normal los distintos estilos comportamentales, o estructuras de personalidad, y otro grupo de 5 factores globales de personalidad. Además, se incluyen tres medidas de estilos de respuesta que ofrecen información relevante acerca de la validez de las respuestas de la persona evaluada.

Para todas las escalas, dimensiones globales y medidas de estilo de respuesta, el sujeto se situará en el extremo inferior cuando aparezca una puntuación inferior a 4 o, por el contrario, se situará en el extremo superior cuando la puntuación sea superior a 7.

Las escalas primarias son las siguientes:

1. *Afabilidad*. Reservado frente a afable.
2. *Razonamiento*. Pensamiento concreto frente a pensamiento abstracto.
3. *Estabilidad emocional (fuerza del yo)*. Emocionalmente inestable frente a emocionalmente estable.
4. *Dominancia (asertividad)*. Cooperativo frente a competitivo.

5. *Animación*. Serio frente a espontáneo.
6. *Atrevimiento*. Tímido frente a atrevido.
7. *Atención a las normas*. Inconformista frente a formal.
8. *Sensibilidad*. Objetivo y poco sentimental frente a sensible y sentimental.
9. *Vigilancia*. Confiado frente suspicaz y cauteloso.
10. *Abstracción*. Realista, práctico frente a idealista.
11. *Privacidad*. Abierto frente a discreto y cerrado.
12. *Aprensión*. Seguro frente a inseguro.
13. *Apertura al cambio*. Tradicional y apegado a lo familiar frente a abierto al cambio.
14. *Autosuficiencia*. Integrado en el grupo frente a individualista.
15. *Perfeccionismo (compulsividad)*. Tolerante con el desorden y flexible frente a perfeccionista y disciplinado.
16. *Tensión*. Relajado frente a tenso.

Las dimensiones globales también se definen a través de dos polos opuestos y son:

1. *Extraversión*. Introvertido frente a extravertido.
2. *Ansiedad*. Poco ansioso y ajustado frente a muy ansioso e intranquilo.
3. *Dureza*. De mentalidad abierta y receptiva frente a mentalidad dura.

3. RESULTADOS

MATERIAL CONFIDENCIAL Y PROTEGIDO

REFERENCIAS

- Abramson, M. (1972). *The criminalization of mentally disordered behavior: Possible side effect of a new mental health law*. Hospital and Community Psychiatry, 23,101-105.
- Acuña, E., y Olivera, J.F. (2012) *Los derechos de las personas con discapacidad mental*. Lima: Idehpucp.
- Adam, A. (2015). *Breve reflexión sobre la valoración forense de las enfermedades mentales y dsm-5*. Gaceta internacional de ciencia Forense,15(3),13-19. ISSN 2174-9019.
- Ailhaud, J. T. (2002). El estado mental del acusado: Psicopatología forense. En M. A. Soria Verde (Coord.), *Manual de Psicología Penal Forense* (pp.379-423). Barcelona: Atelier.
- Albein-Rubios, et al. (2014) Re-appraisal of negative emotions in cocaine dependence: dysfunctional corticolimbic activation and connectivity. *Adict. Biol.* 19 (3). 415-26. doi: 10.1111/j.1369-1600.2012.00497
- Alhambra, M. P., y Segura, L. J. (2001). El alcohol: cuestiones jurídico-médicas. Granada: Comares.
- Almarza, M. A. F. (2006). Intervención del Psicólogo Forense en la Administración de Justicia. *Capítulo Criminológico*, 34(1).
- Almenara, J. (1999) *Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual*. Rev Esp. Salud Pública, 73, 383-392.
- American Psychiatric Association. (2002). *Dsm iv tr: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Amor, P.J., Echeburúa, E. y De Corral, P. (2002) Tratamiento psicológico de las víctimas de agresiones sexuales. En S. Redondo (Ed.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 329- 360). Barcelona: Ariel.
- Andrade, J. A. G. (1994). Los trastornos de personalidad en psiquiatría forense. En *Psiquiatría legal y forense* (pp. 775-812). Editorial Constitución y Leyes, COLEX.

Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, 66-1. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=CE-D-2013-358>

Anton-Oneca J. (1989) *Derecho Penal*. Madrid: Instituto Nacional de Estudios Jurídicos.

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., y Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.

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

Arce, R., Pampillón, M. C., y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, 33, 385-408.

Arce, R., y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela, España.

Arce, R., y Fariña, F. (2006a). Psicología del testimonio y evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. En J. C. Sierra, S. M. Jiménez, y G. Buela Casal (Coords.), *Psicología Forense: Manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 563-601). Madrid: Biblioteca Nueva.

Arce, R., y Fariña, F. (2006b). Psicología del testimonio: Evaluación de la credibilidad y de la huella psíquica en el contexto penal. En Consejo General del Poder Judicial, *Psicología del testimonio y prueba pericial* (pp. 39-103). Madrid: CGPJ.

Arce, R., y Fariña, F. (2007). Propuesta de un protocolo válido y fiable para la evaluación psicológico-forense de la imputabilidad. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa (Eds.), *Psicología Jurídica. Evaluación e intervención* (pp. 59-65). Valencia: Servicio de Publicaciones de la Diputació de Valencia.

Arce, R., y Fariña, F. (2011). Evaluación forense del acoso moral en el trabajo (Mobbing) mediante el Sistema de Evaluación Global. M. Matos, R. Abrunhosa, y C. Machado (Coords.),

Manual de psicología forense: Contextos, prácticas e desafíos, 375-398.

- Arce, R., y Fariña, F. (2013). Psicología social aplicada al ámbito jurídico. En A. V. Arias, J. F. Morales, E. Nouvilas, y J. L. Martínez-Rubio (Coords.), Psicología social aplicada (pp. 157-181). Madrid: Panamericana. ISBN: 978-84-9835-455-3.
- Arce, R., Novo, M., y Alfaro, E. (2000). La obtención de la declaración en menores. En A. Ovejero, M. V. Moral y P. Vivas (Eds.), *Aplicaciones en Psicología Social* (pp. 147-151). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arias, M. J. (2007). *Responsabilidad criminal. Circunstancias modificativas y su fundamento en el Código Penal. Una visión desde la doctrina y la jurisprudencia del Tribunal Supremo*. Barcelona: Bosch Editor.
- Arribas, I. C. (2005). Estudio sobre el procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos. *Revista internauta de práctica jurídica*, (16), 4.
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., y Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of general psychiatry*, 57(10), 979-986.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. (2015) Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *Am J Addict*, 24 (8), 756-68. doi: 10.1111/ajad.12302
- Arús, F. B. (2013). Sombras y lagunas de la política criminal española en torno a la responsabilidad penal de los menores. *Revista Icade. Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, (70), 143-195.
- Audiencia Provincial de Ciudad Real (Sala de lo penal). Sentencia de 30 de marzo de 2006.
- Audiencia Provincial de Madrid (Sala de lo penal). Sentencia de 7 de marzo de 2003.
- Audiencia Provincial de Madrid (Sala de lo Penal). Sentencia de 14 de abril de 2014.
- Audiencia Provincial de Madrid (Sala de lo Penal). Sentencia de 24 de marzo de 2014.
- Audiencia Provincial de Madrid (Sala de lo penal). Sentencia de 28 de abril de 2015.

- Bachiller, S. (2009). Significados del espacio público y exclusión de las personas sin hogar como un proceso de movilidad forzada. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, 128(1), 125-137.
- Barbosa, S. V. (2012). Trastorno de la personalidad y conducta delictiva. *Instituto Universitario de Investigación sobre Seguridad Interior*. Recuperado de http://www.iuisi.es/15_boletines/15_isie/doc_ise_07_2012.pdf
- Bartol, C.R. y Bartol, A.M. (2005) History of forensic psychology. En I.B. Weiner y A.K. Hess (Ed.), *The handbook of forensic psychology* (2a. ed., pp.1-27). Hoboken: Wiley.
- Bean, P. (2014). *Drugs and crime*. Oxon, OX: Routledge.
- Becerra-García, J. A. (2016) Valoración psicométrica de la simulación de síntomas psíquicos en el ámbito forense. *Rev Esp Med Legal*. 42(1), 41-44.
- Becerra-García, J.A., y García-León, A. (2012) Trastorno mental en los agresores sexuales: estudio descriptivo de una muestra española. *Rev Esp Med Legal*, 39, 1-2.
- Bennett, T., Holloway, K., y Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107–118.
- Berdugo G.D.I., (2012) *Viejo y nuevo Derecho penal. Principios y desafíos del Derecho penal de hoy*. Madrid: Iustel.
- Blackburn; R. (1993). *The psychology of criminal conduct*. Nueva York: Wiley.
- Blanco-Lozano, C. (2004). *Tratado de derecho penal español, tomo I*. Barcelona: Editorial Bosch.
- Blasco, R. Q., Ariza, T., y Muñoz, L. R. (2012). Análisis de la producción de la Psicología Jurídica en España (1989-2010). *Aula Abierta*, 40(2), 117-128.
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., y Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52, 1358–1366. DOI: [10.1176/appi.ps.52.10.1358](https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1358).
- Brown, L., Sherbenou, R., y Johnsen, S. (1995). *Test de Inteligencia No Verbal (TONI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1997). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. UK: Publisher.

- Butragueño, I. S. (1998). *Código penal de 1995 (Comentarios y jurisprudencia)*. Granada: Comares.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cabrera, J., y Fuertes, J. C. (1997). *Psiquiatría y Derecho: dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid: Cauces Editorial.
- Calabuig, J.A.G., Cañadas, J. A., Timbrell, J., Lerda, D. E., Massaro, E. J., Goldfrank, L. R. F., ... y Richard, S. (2004). *Medicina legal y toxicología* (No. 340.6). Elsevier.
- Calón, E. C. (1958). *La moderna penología:(represión del delito y tratamiento de los delincuentes, penas y medida, su ejecución)* (Vol. 1). Editorial Bosch.
- Cambridge, P. y Carnaby, S. (2000). *A personal touch: managing the risks of abuse during intimate and personal care*. *Journal of Adult Protection*, 2, 4-16. <http://dx.doi.org/10.1108/14668203200000026>.
- Caparrós, B. C., Barrantes-Vidal, N., y Obiols, J. E. (2001). Características de personalidad del espectro esquizofrénico y locus de control en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(2), 105-119.
- Carbonell, J.C., Gómez, J.L., y Mengual, J.B. (1987). Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales. Madrid: Cívitas.
- Carpintero, H. (1995). Historia de la psicología jurídica española. Comunicación presentada en el III Encuentros de Psicología y Ley, Ourense, España.
- Carpintero, H. (2001). Biología y conocimiento: Notas históricas sobre la tradición española moderna. En J. A. Mora (Ed.), *Neuropsicología cognitiva, algunos problemas actuales* (pp. 16-48). Málaga: Aljibe.
- Carrasco, J. J., y Maza, J. M. (2005). Manual de psiquiatría legal y forense. *Madrid: La Ley*.
- Carrasco, J.L; y Díaz, M. (1997) *Psicobiología de los trastornos de la personalidad*. *Revista electrónica de Psiquiatría*, 1 (3).
- Carson, D., y Bull, R. (1995). Psychology in legal contexts: Idealism and realism. R. Bull and D. Carson (eds), *Handbook of psychology in legal contexts*, 3.

- Celedón-Rivero, J., y Brunal-Vergara, B. (2011). Estudio de factores cognitivos, volitivos y psicopatológicos de la inimputabilidad [Figura]. *Pensando Psicología*, 7(13), 173-184. Recuperado de <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/405>
- Cervera, G., Haro, G., y Martínez-Raga, J. (2005). Trastorno límite de la personalidad. *Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*.
- Coid, J. W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S., y Keers, R. (2016). Paranoid ideation and violence: meta-analysis of individual subject data of 7 population surveys. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 907-915.
- Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Keers, R., Barker, D., Cowden, F., y Stamps, R. (2013). The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA psychiatry*, 70(5), 465-471.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). Perfiles profesionales del psicólogo. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 15, 655-665.
- Concepción, R. S. (2012). Análisis jurisprudencial de la atenuante de arrebató en el delito de violencia doméstica. *Revista de Estudios Jurídicos*, 12. Recuperado de revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/download/835/742
- Conde, F. J. M. (2007). *Teoría general del delito*. Valencia: Tirant lo blanch.
- Contreras, M. J., Silva, E. A., y Manzanero, A. L. (2015). Evaluación de capacidades para testificar en víctimas con discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 87-96.
- Cordero del Castillo, P. (2012). Los "sin techo" en España. Recuperado de <https://buleria.unileon.es/handle/10612/1472>
- Cortés, L. H., y Serrano, J. B. (2006). Informes psicológicos: el sujeto doble de la Psicología y el Derecho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 469-480.
- Craig, R. J. (2005). *Personality-guided forensic psychology*. American Psychological Association.
- Cruz, A. M. (2004). *Los fundamentos de la capacidad de culpabilidad penal por razón de la edad*. Granada: Comares.

- Cunnen, A. J. (1997). Psychiatric and medical síndromes associated with deception. En R.Rogers (Ed.), *Clinical assessment of maligering and deception* (pp. 23-46). NuevaYork: Guilford Press.
- David Lorenzo: Análisis criminológico del delito de violencia doméstica, Ed. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, 2003, p. 141.
- de Asúa, L. J. (1989). *La sentencia indeterminada*. EJ, Ediciones Jurídicas.
- De la Torre, J. (1999). La responsabilidad penal en las psicopatologías: valoraciones judiciales y jurisprudenciales. *Estudios de Psicología: Studies in Psychology*, 20(63- 64), 163-173.
- de Medina, R. B., Echeburúa, E., y Aizpiri, J. (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones*,22(3), 245-252.
- de Molina, A. G. P. (2009). *Tratado de criminología*. Valencia: Tirant lo blanch.
- de Nicolás, L. (1995). Perfil, rol y formación del psicólogo jurídico. *Papeles del psicólogo*, (63), 6.
- de Portugal, E., González, N., Vilaplana, M., Haro, J. M., Usall, J., y Cervilla, J. A. (2010). Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. *Psychiatry research*, 177(1), 235-239.
- De Portugal, E., y Cervilla, J. (2004). Trastorno Delirante. Barcelona: Aula Médica Ediciones.
- de Toledo, O., Ubieta, E., y Huerta Tocildo, S. (1986). Derecho penal. *Parte General. Teoría jurídica del delito*, 2. Granada: Comares.
- del Rosal, M. C., y Vives Anton, T.S. (1999) Derecho Penal. Parte General. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Delgado, S. (1994) Psiquiatría legal y forense volumen I. Madrid: Colex. Bibl. Uab fundación Josep Laporta.
- Delgado, S., Maza, J. M., y De Santiago, L. (2013). Violencia y drogas. Aspectos jurídico-penales en drogodependencias. *Psiquiatría Legal y Forense*, 1213-1256.
- Delgado, S., Miguel, L. y Bandrés, F. (2006). Medicina Legal. Libro de Casos I. Psiquiatría Forense y Drogodependencias. Madrid: ADEMÁS Comunicación.

- Delgado, S., y Rodríguez-Martos, A. (1994). Los trastornos en el control de impulsos en psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico. *Psiquiatría Legal y Forense*, 1.
- Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas – Revisado (SCL-90-R)*. Madrid: TEA
- Desimoni, L. M. (2015). La necesidad irrestricta del respeto a los DD. HH. como referente ético, universal y permanente. *De jure: revista jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais*.
- Díaz, M. J. J. (1998). Los trastornos del sueño como causa de ausencia de acción penal. *La Ley: Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía*, (5), 1609-1616.
- Dolan, M. C., Castle, D., y McGregor, K. (2012). Criminally violent victimisation in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to symptoms and substance abuse. *BMC public health*, 12(1), 1.
- Dowbiggin, I. R. (2000). Delusional diagnosis?. *History of Psychiatry [Great Britain]*, 11(1), 37.
- Dujo, V., Horcajo, P. J., y Marín, M. (2016). Psicopatía: una aproximación clínica y análisis de sus repercusiones forenses. En R. Arce, B. G. Amado y M. Vilariño (Eds.), *IX Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense* (pp. 228- 232). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Dunsieth, N.W., Nelson, E.B., Brusman-Lovins, L.A., et al. (2004) Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clinical Psychiatry* , 65, 293-300.
- Durand, V. M., y Barlow, D. H. (2012). *Essentials of abnormal psychology*. Cengage Learning.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Prevención de recaídas en las ludopatías. *Salud y drogas*, 4(2), 97.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Corral P.G. (2008) ¿ Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 141-159.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarrieta, I., Amor, P., y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 403-420.
- Echeburúa, E., y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, 521-556.
- Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., y Monahan, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 354-360.
- Elonheimo, H., Gyllenberg, D., Huttunen, J., Ristkari, T., Sillanmaki, L. y Sourander, A. (2014). Criminal offending among males and females between ages 15 and 30 in a population-based nationwide 1981 birth cohort: Results from the FinnCrime Study. *Journal of Adolescence*, 37, 1269-1279.
- Eronen, M., Hakola, P., y Tiihonen, J. (1996). Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatric Services*, 47, 403-406.
- Esbec E. (2005). Violencia y trastorno mental. *Cuadernos de derecho judicial*, (8), 57-154.
- Esbec E., y Echeburúa, E. (2010) *Violencia y Trastornos de personalidad: implicaciones clínicas y forenses*. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(5), 249-261.
- Esbec, E. (1994) La evaluación de la personalidad en psiquiatría forense. En S. Delgado, (dir): *Psiquiatría legal y Forense* (vol I). Madrid. Colex.
- Esbec, E. (1997) Comorbilidad y efecto patoplástico de los trastornos de la personalidad. Repercusiones forenses. *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* nº0, 16-23.
- Esbec, E. (2003) Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo violencia) en psicología forense. Aproximación conceptual e histórica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. Vol. 3, Nº 2, 2003 pp 45-64.
- Esbec, E. (2005) Violencia y trastorno mental. *Cuadernos de derecho judicial*, (8), 57-154.
- Esbec, E. y Delgado, S. (1994) Imputabilidad, concepto y perspectivas. La imputabilidad de los trastornos mentales. En S. Delgado (dir): *Psiquiatría legal y Forense* (vol I). Madrid. Colex.

- Esbec, E., y Delgado, S. (1998). Aspectos periciales de la prodigalidad. Juego y ludopatía. *Albarrán J: Peritaje psicológico en procedimientos civiles y laborales. Madrid. Fundación Universidad Empresa.*
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38(5), 249-261.*
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr, 39(1), 1-11.*
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica,32(3), 255-264.*
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr, 43(5), 177-86.*
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016a). Violencia y esquizofrenia: un análisis jurídico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica.*
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016b). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones, 28, 48-56.*
- Esbec, E., y Gómez-Jarabo, G. (1999). Violencia y delincuencia: una visión psicopatológica y psicosocial: una visión psicopatológica y psicosocial. *Psicopatología, 19(2), 51-57.*
- Espinar, J. M. Z., Alonso, E. J. P., y Ruiz, D. M. (2004). *Derecho penal. Parte general.* Valencia: Tirant lo Blanch.
- Fariña, F., Arce, R., y Novo, M. (2004). How to detect the malingering of insanity to avoid criminal responsibility. En R. Abrunhosa (Ed.), *Victims and offenders. Chapters on psychology and law* (pp. 229-241). Bruselas: Uitgeverij Politeia NV.
- Fazel, S., Khosla V., Doll, H., Geddes, J. (2008) The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and metaregression analysis. *PLoS Med 5(12):e225. doi:10.1371/journal.pmed. 0050225*
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., y Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama, 301(19), 2016-2023.*
- Fernández-Ballesteros, E.C. (2006). La psicología criminal en la práctica pericial forense. En M.A. Soria y D. Sáiz (Coords.), *Psicología Criminal*, (pp. 59-121). Madrid: Pearson Educación.

- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de la personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Fernández, D. L. M. (2013). Introducción a la criminología. *Revista de Derecho*, (8), 29-60.
- Fielitz Berro, L. C., y Cardozo, F. (2006). Homicidio y enfermedad mental. Estudio descriptivo de los homicidas derivados a Sala de Seguridad de Hombres en el período 1994-2000. *Rev. psiquiatr. Urug*, 70(1), 7-14.
- Finol, M. A., y Piña, E. R. (2008). Intervención del psicólogo forense en la determinación de la enfermedad mental como causa de inimputabilidad. *Capítulo criminológico*, 36, 89-119.
- Fleischman, A., Werbeloff, N., Yoffe, R., Davidson, M., y Weiser, M. (2014). Schizophrenia and violent crime: a population-based study. *Psychological medicine*, 44(14), 3051-3057.
- Fonseca, G, M. (2007). *Exención y atenuación de la responsabilidad criminal por anomalía o alteración psíquica. Especial referencia a su tratamiento jurisprudencial.* (Tesis doctoral, Universidad de Granada, España). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1584/1/16741006.pdf>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 2, p. 309). México: Fondo de cultura económica.
- Fresán, A., Tejero, J., Apiquian, R., Loyzaga, C., García-Anaya, M., y Nicolini, H. (2002). Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 25(5), 72-78.
- Fresán, A., Tejero, J., Apiquian, R., Loyzaga, C., García-Anaya, M., y Nicolini, H. (2002). Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 25(5), 72-78.
- Frías-Caballero, J. (1993). *Imputabilidad Penal. Capacidad Personal de Reprochabilidad Ético-Social*. Caracas: Editorial Livrosca.
- Frías-Caballero, J., Codino, D., y Codino, R. (1993). *Teoría del delito*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Friedman, R. C., Aronoff, M. S., Clarkin, J. F., Corn, R., y Hurt, S. W. (1983). History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *The American journal of psychiatry*.
- Garay, L. M. (2005). *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- García, F. P., y Arús, F. B. (dirs.) (2007). *Actual doctrina de la imputabilidad penal*. Madrid: Lerko Print, S. A.
- García, P., y McCarthy, M. (1994). Measuring health. *A step in the development of city*.
- Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente: la teoría de las inteligencias múltiples*. Madrid: Fondo de cultura económica de España, S. L.
- Garrido, E., Masip, J., y Herrero, C. (2006). *Psicología jurídica*. Madrid: Editorial Peason.
- Garrido, G.V. y López, L. M. J. (1995). *La prevención de la delincuencia: el enfoque de la competencia social*. Tirant “Criminología y Educación Social”Valencia, 1995.
- Garrido, V., Pereira, J. R., Botella, M. P., Bernabeu, T., Alepuz, A., De las Heras, S., y Monterde, D. (2013). Homicidas múltiples en un solo acto: estudio de un caso. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 191-219.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S.(2006) Principios de Criminología (3ª. Ed). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Goltieb, P., y Gabrielsen, G. (1987) Psychotic homicides in Copenagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand*, 76, 285-99.
- Gomez-Benitez, J. M. (2006). Complementariedad de la corte penal internacional y jurisdicción universal de los tribunales nacionales. *Derecho Penal y Criminología*, 27, 37.
- Gómez-Fróde, C. X. (2016). La prueba pericial médica: criterios para su emisión, admisión y valoración. *Revista CONAMED*, 21(2).
- González, J., G. (1994) *La imputabilidad en el Derecho Penal español. Imputabilidad y locura en la España del siglo XIX*. Granada: Comares.
- González, M. E. C., Castedo, A. L., y Domínguez, E. S. (2009). Perfil psicopatológico de agresores sexuales. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (89), 30-39.
- Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P, y Vanni., A (2001) Characteristics of violent behaviour in a acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*, 10, 273–279.
- Gudjonsson, G. H., y MacKeith, J. A. (1988). Retracted confessions: legal, psychological and psychiatric aspects. *Medicine, Science and the Law*, 28(3), 187-194.

- Guerrero, L. G. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes, “modus operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 19-39.
- Guerrero, L. G., y Sánchez, J. I. R. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de personalidad. *Psicopatología clínica legal y forense*, 5(1), 107-126.
- Guízar, D. P., Saracco, R., y Fresán, A. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*, 35(4), 339-344.
- Gutiérrez, A. y Carpintero, H. (2004): La Psicología del Testimonio. La contribución de Francisco Santamaría. *Revista de Historia de la Psicología*, 25(4), 59-66
- Hare, R. D. (1999). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. Guilford Press.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1999). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Henríquez. E.C. (1949), *Trastornos mentales transitorios y responsabilidad criminal*, La Habana, Jesús Montero (Ed.).
- Herrman, H. (2008). Mental disorders among homeless people in Western countries. *PLoS Med*, 5(12), e237.
- Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., y Wagner, H. R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50(1), 62-68.
- Hogarty, G. E. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Homs-Sanz, J.D. (1996) *El trastorno mental transitorio y drogas que inciden en la imputabilidad*. Barcelona: Bosch Editor.
- Inda, M., Lemos, J., López, R., y Alonso, S. L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del psicólogo*, (92), 99-108.
- Iranzo, V., y Serrats, R. (2011). Acceso a la justicia de los más desfavorecidos y Union Europea.
- Jakobs, G., y de Quiroga, J. L. B. (2004). *Dogmática de derecho penal y la configuración normativa de la sociedad*. Madrid: Civitas.

- Jescheck, H.H. y Weigend T. (2002) *Tratado de Derecho Penal. Parte general*. Granada: Comares.
- Jibiki, I., Takizawa, Y., y Yamaguchi, N. (1991). Visual dysfunction in treated schizophrenia suggested by visual evoked potentials from pattern-reversal stimulation. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 241(1), 61-64.
- Jiménez-Segado, C. (2003). La exclusión de la responsabilidad criminal: estudio jurisprudencial penal y procesal. Madrid: Dyckinson.
- Jiménez, M.J. y Fonseca, M.J. (2006). Trastornos de la Personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial. Madrid: CESEJ.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P., y Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine*, 34(03), 433-442.
- Juárez, J. R. (2005). Evaluación psicológica forense de la imputabilidad. En M. A. Soria Verde (Coord.), *Manual de Psicología Jurídica e Investigación Criminal* (pp. 39-52). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia bulletin*, 22(1), 91.
- Junginger, J., Parks-Levy, J. and McGuire, L. (1998) Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services* 49,218-220.
- Kaplan, H. I., y Sadock, B. J. (1999). *Tratado de psiquiatria*. Artes Médicas Sul.
- Karson, C., y Bigelow, L.B. (1987)Violent behavior in schizophrenic patients. *J. Nerve Ment. Dis.* 175, 161–164.
- Kendler, K. S. (1982). Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 39(8), 890-902.
- Knutson, J. y Sullivan, P. (1993). *Communicative disorders as a risk factor in abuse. Topics in Language Disorders*, 13, 1–14.
- Kolind, T., y Duke, K., (2016) Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23:2, 89-92, DOI: 10.3109/09687637.2016.115360

- Konečni, V. J., y Ebbesen, E. B. (1979). External validity of research in legal psychology. *Law and Human Behavior*, 3(1-2), 39.
- Kraepelin, E. (1904). *Lectures on clinical psychiatry*. Baillière, Tindall and Cox.
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Putkonen, A., Louheranta, O., y Tiihonen, J. (2014). Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(3), 214-218.
- Lang, A.R. y Sibrel, P.A. (1989). Psychological perspectives on alcohol consumption and interpersonal aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 16(3), 299-324.
- Leganés, S. (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(4), 513-533.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 77, 27061-27176. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3439.pdf>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 281,33987-34058. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, 21001-21004. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/>
- Ley Orgánica 2/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de delitos de terrorismo. *Boletín Oficial del Estado*, 77, 27177-27185. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3440
- Ley Orgánica 3/2011, de 28 de enero, por la que se modifica la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General. *Boletín Oficial del Estado*, 25, 9524-9530. Recuperado de www.boe.es/boe/dias/2011/01/29/pdfs/BOE-A-2011-1640.pdf
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 d enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado*, 11, 1422-1441. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-641>.

- Link, B. G., Mirotznik, J., y Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided?. *Journal of Health and Social Behavior*, 302-320.
- Livesley, W. J. (Ed.). (2001). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.
- Livesley, W. J., y Jackson, D. (2009). Manual for the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire. *Port Huron, MI: Sigma*.
- Loh, W. D. (1981). Perspectives on psychology and law. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 314-355.
- López Capdevila, J., y García Arán, M. (2015). Derecho penal del enemigo (Trabajo final de grado, Universidad Autónoma de Barcelona, España). Recuperado de http://ddd.uab.cat/pub/tfg/2015/133006/TFG_jlopezcapdevila.pdf
- López, M., y Nuñez, M. D. (2008). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista española de investigación criminológica*, 12-13.
- López, R., Lafuente, O., y García, J. L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 28-40.
- Lorenzo, F., Agustina, J. R., Gómez-Durán, E. L., y Martín-Fumadó, C. (2016). Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española. *Revista Española de Medicina Legal*, 42(2), 62-66.
- Lösel, F. (1992). Psychology and law: Overtures, crescendos and reprises. En F. Lösel, D. Bender y T. Bliesener (Eds.), *Psychology and law. International perspectives* (pp. 3- 21). Berlín: Walter de Gruyter.
- Lozano, C. B. (2003). *Derecho penal. Parte general*. Wolters Kluwer.
- Lozano, M. C. C., Sarasol, I. R., y Martínez, L. C. Tratamiento Jurídico-Penal de los trastornos relacionados con el consumo de drogas. *Psicología Jurídica*, 67.
- Machado-Ruiz M.D., y Maqueda-Espinar M.L. (2004). Derecho Penal. Parte General. Valencia: Tirant lo blanch.

- Maden, T., y Tyrer, P. (2003) Dangerous and severe personality disorders: A new personality concept from the United Kingdom. *J Pers Disord*, 17, 489-96.
- Madoz-Gúrpide, A., Sais-Amorim, A., Baca-García, E., y Ochoa, E. (2001). Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(4), 221-227.
- Maixner, S., Tandon, R., Eiser, A., Taylor, S., DeQuardo, J. R., y Shipley, J. (1998). Effects of antipsychotic treatment on polysomnographic measures in schizophrenia: a replication and extension. *American Journal of Psychiatry*.
- Manschreck, T. C. (1996). Delusional disorder: The recognition and management of paranoia. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Marcó, J., Martí, J. L., y Pons, R. (1990). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Salvat.
- Martell, D. A., y Dietz, P. E. (1992). Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Archives of general psychiatry*, 49(6), 472-475.
- Martínez-Pereda, J. M. (1996). La imputabilidad. *La Ley*.
- Martínez, Á. R., y Moya-Albiol, L. (2015). ¿ Facilitan los esteroides anabolizantes-androgénicos la expresión de la violencia?. *Revista española de drogodependencias*, (3), 12-26.
- Martinez, T., López, F.J., Díaz, M.L. (2001) Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatología clínica legal y forense*, 1(1), 87-101.
- Martins, M. J., Moura, B. L., Martins, I. P., Figueira, M. L., y Prkachin, K. M. (2011). Sensitivity to expressions of pain in schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 189(2), 180-184.
- Maurach, R. y Zipf, H. (1995) *Derecho penal. Parte general 1, Teoría general del Derecho penal y estructura del hecho punible*. Buenos Aires: Astrea.
- Maza, I. (2008). Buena fe, el reverso de la moneda. A propósito del dolo por omisión y el deber precontractual de informar. *Revista Chilena de Derecho Privado*, (11), 43-72.
- McGorry, P. (2015) Early intervention in Psychosys. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 203(5), 310–318.

- Mebarak C.M. R. (2011). Análisis de la responsabilidad criminal en reclusos colombianos acusados de homicidio. (Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, España). Recuperado de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110541/1/DPETP_Mebarak_Chams_M_AnalisisDeLaResponsabilidad.pdf
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., y Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*. Guilford Press.
- Mengual, J.B (1987) Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales, Madrid: Civitas.
- Mesa T. T. (2007). *Psicología Jurídica: Un enfoque cognoscitivo*. En 2a edición Medellín-Colombia: Ed. Biblioteca Jurídica DIKÉ.
- Miguel, M. J. L., y Gaitán, M. N. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica: REIC*, (7), 1.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218.
- Mir i Puig, S. (1994). La Imputabilidad en Derecho Penal, en Jornadas sobre Psiquiatría Forense. Centro de Estudios Judiciales, colección Cursos volumen.3. Ministerio de Justicia e Interior. Centro de Publicaciones: Madrid (España).
- Mir, J. C. (2002). Los delitos de peligro abstracto en el ámbito del derecho penal del riesgo. *Revista de Derecho penal y criminología*, (10), 47-72.
- Modestin J., y Amman R. (1996) Mental disorder and criminality: Male. *Schizoph Bull*, 22; 69-82.
- Molina, J., Trabazo, V., López L., y Fernández, L. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(2), 101-126.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Robbins, P. C., Silver, E., Appelbaum, P. S., Grisso, T., ... y Roth, L. H. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 312-319.
- Monasterio, O. L. y Tiffon, N. B. (2006). *La peritación de los delitos impulsivos*. Madrid: Aula Complutense.

- Morán, Á. J. S. (2007). El tratamiento del delincuente habitual. *Política Criminal*, (4), A3.
- Moran, S. (2007). De nuevo sobre el tratamiento del delincuente habitual peligroso. *Derecho Penal y Criminología como fundamento de la política criminal. Estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez.*
- Moré, D. S. (2003). Problemas médico-legales del consumo de drogas. *Adicciones*, 15(1), 77-89.
- Moyano, E. (2010) Salud Mental en Indigentes. *Problema Clínico*. 113-117.
- Mullen, P. E. (2000). Forensic mental health. *The British journal of psychiatry*,176(4), 307-311.
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., y Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(7), 347-353.
- Munro, A. (1988). Delusional (paranoid) disorders: etiologic and taxonomic considerations. II. A possible relationship between delusional and affective disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*,33(3), 175-178.
- Munro, A., Heaton, R. K., y Nemiroff, B. (1988). Neuropsychology of late-life psychoses. *The Psychiatric clinics of North America*, 11(1), 47-59.
- Muñoz, J. M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 61-69.
- Murcia, F. M. M., González, M. L. P., y Basurto, F. Z. (2004). *Escala de evaluación de la responsabilidad penal*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Almería, Almería.
- Navarro, P. G. (2000). Actuación del médico forense en situaciones de maltrato doméstico. *Monte Buciero*, (5), 297-306.
- Navas, A. (2006). *Destinatario de la Norma Penal e Imputabilidad*. Costa Rica: Editorial Jurídica Continental.
- Nestor, P. G., Haycock, J., Doiron, S., Kelly, J., y Kelly, D. (1995). Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 23(3), 331-341.
- Nestor, P.G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinica features. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1973-1978.

- Nielssen, O. B. (2015). Severe mental illness trumps PCL-R and HCR-20: Commentary on Simpson et al. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 1064-1065.
- O'Donohue, W., y Levensky, E. R. (Eds.). (2004). *Handbook of forensic psychology: Resource for mental health and legal professionals*. Academic Press.
- Obiols, J. E., y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca, DL. ISBN 10: 8427012942 / ISBN 13: 9788427012943
- Obiols, J.E.(2008). *Manual de Psicopatología General*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oldham, J.M., y Skodol, A. (2000) Charting the future of Axis II. *J Pers Dis*,14,17-29.
- Olivares, G. Q. (2010). *La reforma penal de 2010: análisis y comentarios*. Madrid: Aranzadi.
- Ordeig, E. G. (1962). La causalidad en Derecho penal. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 15(3), 543-580.
- Ortega-Monasterio y Tiffon (2006). *La Peritación de los Delitos Impulsivos*. Madrid: Aula Complutense, 121-129.
- Ortíz-Tallo, A., Fierro, V., Blanca, M., Cardenal, M., y Sánchez L. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*,18(3), 459-464.
- Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M., y Cardenal, V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II de Th. Millon.*Revista de Psiquiatría*, 29(3), 144-153.
- Ortíz, T.V. y Ladrón de Guevara, J. G. (1998) *Lecciones de Psiquiatría Forense*. Granada: Comares.
- Ota M, Sinji S, Takashi A. A case of Delusional Disorder, Somatic type remarkable improvement of clinical symptoms and SPECT following modified electroconvulsive therapy. *Progress in Neuropsychopharmacology y Biological Psychiatry* 2003; 27: 881-884.
- Palos, F. D. (1965). *Teoría general de la imputabilidad*. Bosch.
- Patito, J. Á. (2000). *Medicina legal*. Buenos Aires: Centro Norte.
- Patitó, J. A. A. P., Gomez Jara, M., Gomez Marichalar, N., Mariano Gomez Jara, N. G. M., Sanchez Losada, J. A. S. S., Andres, S., ... y Torres, M. C. (2012). *Manual de medicina legal* (No. 340.6).
- Pérez-García, P. (1990). Una reflexión en torno a la historia de la criminalidad. *Revista d'història medieval*, (1), 11-37.

- Plumed, J., y Rey, A. (2004) Las historias clínicas del manicomio Nueva Belén. Frenia, 4 (1), 31–48.
- Porter, R. (2003) *Breve Historia de la locura*. Madrid: Turner.
- Pozueco, J. M., Romero, S. L., Y Casas, N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I). Cuadernos de Medicina Forense,17(3), 123-136.
- Puig, S. M. (1994). Antijuricidad objetiva y antinormatividad en Derecho penal. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 47(1), 5-28.
- Redondo, S. y Andrés-Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. Papeles del Psicólogo, 28,147-156.
- Resnick, P. J., West, S., y Payne, J. W. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. *Clinical assessment of malingering and deception*, 2, 130-152.
- Ribé, J., y Tusquets, J. L. (2002). El peritaje médico-legal psiquiátrico. *Psiquiatría Forense. Barcelona: Espaxs*, 2, 15-27.
- Riveros, J. N. (1998). *Derecho penal: Teoría del delito*. McGraw-Hill.
- Rodes, F., y Martí, J. B. (1997). Valoración médico legal del enfermo mental. *Universidad de Alicante. Alicante*.
- Rodriguez-Devesa, J. M. (1979). *Derecho penal español. Parte General. 7ª*. Madrid: Carasa.
- Rogers, R. (2008). Researching response styles. En R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 411-434). Nueva York: The Guilford Press.
- Rogers, R., y Shuman, D. (2006). Fundamentals of forensic practice: Mental health and criminal law. Springer Science y Business Media.
- Romi, J.C. (1999) El trastorno mental transitorio: implicaciones jurídicas y médico-legales. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8,(2), 113-134.
- Roxin, C. (1981). Reflexiones político-criminales sobre el principio de culpabilidad. *Trad. Francisco Muñoz Conde. Madrid: Reus SA*, 46.

- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., y Ayllon, A. R. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: a systematic review. *Psychiatric services*.
- Rudden, M., Sweeney, J., y Frances, A. (1990). Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry*, 147(5), 625-8.
- Ruiz, S.T. (1980), Teoría del hecho punible, 2ª ed., Bogotá: Librería del Profesional.
- Sáinz-Cantero, J. A. (1990). Lecciones de Derecho penal. *Parte general*, 3. Valencia: Tirant lo blanch.
- Sáiz Roca, D., y Garrido Gaitán, E. (2007). Psicología criminal.
- Salavert, J., Berrospi, M., Miralles, M., Dueñas, R.M., Tiffon, M.L., y San Molina, L. (2003). El trastorno delirante: Revisando los aspectos de la paranoia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad Medicina de Barcelona*, 30, 304–313.
- Sánchez Gutiérrez, A. E. (2000). Responsabilidad, Ley, Salud Mental. Reflexiones en torno al nuevo Código Penal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 20(73), 109-126.
- Sánchez-Yllera I., y Vives-Antón, T. S. (1996) Artículo 26. En T.S. Vives Antón (Coord) *Comentarios al Código Penal de 1995* (p.504). Valencia: Tirant lo blanch.
- Sánchez, J. M. S. (1998). El derecho penal ante la globalización y la integración supranacional. *Revista brasileira de ciências criminais*, (24), 65-78.
- Santamaría, P., Ramírez, P. C., y Ordi, H. G. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151.
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., y Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and program planning*, 31(2), 181-190.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreiner, D., Stompe, T. H., Ortwein-Swoboda, G., y Waldhoer, T. H. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(2), 98-107.
- Serrano, A. (2009). Introducción a la Criminología, (6º ed). Madrid, España: Dykinson.

- Shedler, J., y Westen, D. (2005) Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model, *Am J Psychiatry*, 161,1743-54.
- Sierra, J. C., Jiménez, E. M., y Buela-Casal, G. (Coords.) (2006). *Psicología Forense: Manual de técnicas y aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- Siever, L.J., y Davis,K.L.(1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*,148,1647-58.
- Silva-García, G. (2016). De la desviación a la divergencia: introducción a la teoría sociológica del delito. *Derecho y Realidad*, 2(19).
- Sobsey, D. y Varnhagen, C. (1991). Sexual abuse and exploitation of disabled individuals. En C. Bagley y R. J. Thomlinson (Eds.), *Child Sexual Abuse: Critical Perspectives on Prevention, Intervention and Treatment* (pp. 203-216). Toronto: Wall y Emerson.
- Sola, S. B., Barrantes-Vidal, N., y Obiols, J. E. (1999). Precursores conductuales infantiles de los trastornos del espectro esquizofrénico: esquizofrenia y trastorno esquizotípico de la personalidad. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4(2), 123-146.
- Soria, M.A. (2002) Manual de psicología penal forense. Barcelona: Atelier.
- Steadman, H. J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., ... y Banks, S. (2000). A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law and human behavior*, 24(1), 83.
- Stern, P. (2010). Paraphilic coercive disorder in the DSM: The right diagnosis for the right reasons. *Archives of sexual behavior*, 39(6), 1443-1447.
- Stratenwerth, G. (2005). *Derecho Penal. Parte General I*. Madrid: Civitas.
- Suárez-Mira Rodríguez, C. (2006). Manual de Derecho Penal. Parte especial.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. y Jono, R T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Tapias, A. Bello, D.P. González, J.L. Vesga, V.J. (2008) Ensayo sobre criterios de simulación de psicopatologías para argumentar inimputabilidad en procesos judiciales. Recuperado de <http://psicologiajuridica.org/psj6.html>

- Tardiff, K., Sweillam, A., 1980. Assault, suicide and mental illness. Archives of General Psychiatry 37, 164–169.
- Taylor, P. J. (1995). Schizophrenia and the risk of violence. *Schizophrenia. Edited by Hirsch SR, Weinberger DR. Oxford, UK, Blackwell Science, 163-183.*
- Tharinger, D., Horton, C. B. y Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. Child Abuse and Neglect, 4, 301–312. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90002-B](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90002-B)
- Tiffon, B.N. (2008). Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense. Barcelona: Bosch J.L. ISBN: 978-84-7698-812-1.
- Torres, J. (2002). El estado mental del acusado (I): psicopatología forense. En M.A. Soria (Coord.). *Manual de psicología penal forense.* (pp. 381-423). Barcelona: Atelier.
- Trespalacios, J. G. (2005). La inimputabilidad: concepto y alcance en el Código Penal Colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34, 26-48.*
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal) Sentencia de 21 de septiembre de 1993.
- Tribunal Supremo (Sala de lo Penal) Sentencia de 24 de octubre de 1991.
- Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia 27 de abril de 1987.
- Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 1 de Junio de 1962.
- Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 10 de junio de 2014.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 15 de abril de 1998.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 16 de julio de 1982.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 18 de abril de 2006.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 19 de julio de 2011.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 19 de septiembre de 1988.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 26 de julio de 2006.
- Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 28 de mayo de 1993.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 4 de octubre de 2009.

- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 6 de julio de 2001.
- Tribunal Supremo (Sala de lo penal). Sentencia de 6 de noviembre de 2014.
- Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 8 de febrero de 2001.
- Trigo, A.,C. (2016) *Personas sin hogar y Salud Mental en la ciudad de Murcia*. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia, España). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/374249>
- [Tyrer, P., y Johnson, T.\(1996\) Establishing the severity of Personality Disorder. Am J Psychiatry, 153, 1593-7.](#)
- Urra, J. (1997) *Violencia: Memoria amarga*. Madrid: Siglo XXI.
- Urruela-Mora, A. (2004). *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*. Bilbao-Granada:Comares.
- [Valenzuela, E., y Larroulet, P. \(2010\). La relación droga y delito. Estudios públicos, \(119\), 33-62.](#)
- Vázquez, J. E. (2010). El trastorno mental transitorio como eximente de la responsabilidad criminal. Su influencia en la determinación de la pena a imponer: A propósito de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(4), 243-248.
- [Vega, L. S., y Palomo, T. \(1996\). Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la vida en la calle. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 16\(57\), 007-020.](#)
- Vega, Z. (2004). Las alteraciones o perturbaciones psíquicas como causas de inimputabilidad: especial problemática de la psicopatía. *Revista de derecho*, 9, 39-55.
- [Velthorst, E., Reichenberg, A., Kapara, O., Goldberg, S., Fromer, M., Fruchter, E., ... y Weiser, M. \(2016\). Developmental Trajectories of Impaired Community Functioning in Schizophrenia. JAMA psychiatry, 73\(1\), 48-55.](#)
- [Verdugo, M. A. \(2003\). Análisis de la definición de la discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 34, 5-19.](#)
- [Vicens, E. \(2012\). Violencia y enfermedad mental. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 8\(3\).](#)

- Vicens, E., Tort, V., Dueñas R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E... y Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. doi: 10.1002/cbm.815
- Vicente, N., Díaz, H., y Mangado, E. O. (2001). Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatría. com*, 5(4).
- Vilanova, J. V., y Llandrich, J. O. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International journal of psychology and psychological therapy*,3(2), 235-250.
- Vilariño, M., Alves, A. C., y Amado, B. G. (2016). Perfil clínico y delictivo de una muestra de reclusos inimputables en Portugal. En A. Andrés Pueyo, F. Fariña Rivera, M. Novo y D. Seijo (Eds.), *Avances en Psicología Jurídica y Forense*, (pp. 111-121). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Villarejo-Ramos, A. (2003). El criterio de causalidad en la valoración de la imputabilidad de los trastornos de la personalidad. *Cuadernos de medicina forense*, (33), 25-33.
- Volavka, J., Czobor, P., Sheitman, B., Lindenmayer, J. P., Citrome, L., McEvoy, J. P., ... y Lieberman, J. A. (2002). Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*,159(2), 255-262.
- Wallace, C., Mullen, P. E. y Burgess, P. (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716–727.
- Wechsler, D., Coalson, D. L., y Raiford, S. E. (2008). *WAIS-IV: Wechsler adult intelligence scale*. San Antonio, TX: Pearson.
- Weiser, M., Kapara, O., Werbeloff, N., Goldberg, S., Fenchel, D., Reichenberg, A., ... y Davidson, M. (2015). A population-based longitudinal study of suicide risk in male schizophrenia patients: Proximity to hospital discharge and the moderating effect of premorbid IQ. *Schizophrenia research*, 169(1), 159-164.
- Welzel, H. (1987). *Derecho penal alemán: parte general*. Editorial jurídica de Chile.
- Wessely, S. C., Castle, D., Douglas, A. J., y Taylor, P. J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological medicine*, 24(02), 483-502.

Yáñez, R.V. (2002) El peritaje psicológico en el enjuiciamiento criminal. En M.A. Soria Verde (Coord.) Manual de psicología penal forense. *Barcelona. Atelier.*

Yesavage, J. A. (1983). Relationships between measures of direct and indirect hostility and self-destructive behaviour by hospitalized schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*, 143(2), 173-176.

Zazzali, J. (2007). Manual de Psicopatología Forense. Buenos Aires: La Roca.

ANEXO. Informe Pericial

Unidad de Psicología forense
Tel. 881813871
E-mail: uforense@usc.es

Informe de Resultados y conclusiones de ESTUDIO PERICIAL PSICOLÓGICO

de

DILIGENCIAS PREVIAS PROCEDIMIENTO ABREVIADO --/20--
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ÚNICO: ----- /20--

Juzgado de Instrucción Nº --

----- (-----)

Unidad de Psicología Forense
(Universidad de Santiago de Compostela)