

# **REPERCUSIONES PSIQUIÁTRICO - FORENSES DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS**

**TFG presentado por Beatriz Díaz Vázquez**

Curso académico 2018-2019

Ángela J. Torres Iglesias y Fernando A.  
Vázquez – Portomeñe Seijas

## Índice

Resumen/abstract .....	1
Introducción .....	3
Justificación .....	8
Objetivos .....	9
Metodología .....	9
Aproximación psiquiátrico forense de las psicosis esquizofrénicas .....	10
Marco conceptual de las psicosis esquizofrénicas .....	10
Concepto .....	10
Principales características clínicas .....	12
Criterios diagnósticos CIE-10 Y DSM-V .....	18
Trascendencia criminológica de las psicosis esquizofrénicas .....	21
Delictogénesis .....	23
Repercusiones en la capacidad intelectual y en la capacidad volitiva .....	24
Tratamiento jurisprudencial .....	27
Análisis teórico .....	28
Análisis práctico de sentencias y conclusiones.....	33
Discusión y conclusiones .....	36
Referencias bibliográficas .....	38
Índice jurisprudencial .....	44
Anexos .....	47
Anexo 1: Análisis jurisprudencial completo	

## Resumen

La relación entre las disciplinas del derecho y la psiquiatría se ha erigido como fundamental si pretendemos cumplir con los preceptos de los presupuestos constitucionales, que atribuyen a las penas y a las medidas de seguridad una finalidad rehabilitadora y resocializadora. Esto es así porque el sistema judicial español puede tener que abordar, en un momento determinado, un hecho delictivo cometido por una persona que padezca una psicosis esquizofrénica.

Las psicosis esquizofrénicas son trastornos caracterizados por una pérdida de contacto con la realidad y su evolución y presencia de síntomas, entre los que destacan los positivos (delirios y alucinaciones) y los negativos, difiere de una persona a otra.

Los sujetos afectados por dicha patología, a la hora de ser enjuiciado su caso, pueden obtener un veredicto de culpabilidad especial, puesto que pueden ser declarados exentos de responsabilidad criminal, semi-imputables o aplicárseles alguna atenuante analógica de acuerdo con el Código Penal. Este veredicto resulta finalmente acompañado de una imposición de penas y de medidas de seguridad igualmente especiales y adecuadas a cada caso concreto. La valoración de dicha culpabilidad debe de hacerse valorando la afectación del sujeto en el momento de cometer los hechos delictivos tras la consulta en el juicio de la opinión de un perito psiquiatra experto.

Con el fin de poner en relación las revisiones de la materia con el aspecto práctico se han analizado cuarenta sentencias de los tribunales españoles concluyendo que los delitos cometidos en su mayoría de manera solitaria por pacientes que presentan esquizofrenia paranoide son delitos contra las personas y que el juicio de culpabilidad lleva, en la mayoría de los casos a ser declarados semi-imputables.

La continuación de las investigaciones en esta línea temática sería muy recomendable con el fin de desmontar ciertos mitos de peligrosidad de los pacientes esquizofrénicos.

**Palabras clave:** Psicosis esquizofrénica, culpabilidad, análisis jurisprudencial, peligrosidad.

## **Abstract**

The relationship between the disciplines of law and psychiatry has emerged as fundamental if we intend to comply with the precepts of constitutional budgets, which give penalties and security measures a rehabilitative purpose. This is because the Spanish judicial system may have to address, at any given time, a criminal act committed by a person who has schizophrenic psychosis.

Schizophrenic psychosis are disorders characterized by a loss of contact with reality and the evolution and presence of symptoms, among which the positive (delusions and hallucinations) and negative ones stand out, which differ from one person to another.

Affected subjects, when they are prosecuted in their case, may obtain a special guilty verdict since they may be declared exempt from criminal liability, semi-accountability or applied to some analogue mitigating in accordance with the Penal Code. This verdict is ultimately accompanied by an imposition of penalties and security measures that are equally special and appropriate to each individual case. The assessment of such culpability must be made by assessing the affectation of the subject at the time of committing the criminal acts, after consultation in the trial by an expert psychiatrist's opinion.

In order to link the revisions of the matter with the practical aspect, forty judgments of the Spanish courts have been analyzed, concluding that crimes committed mostly in solitary terms are carried out by patients with paranoid schizophrenia, being the most frequent crimes against people. In most cases, the judgment of guilt leads to the declaration of semi-accountability.

The continuation of research in this thematic line would be highly recommended in order to dismantle certain myths of danger attributed to schizophrenic patients.

**Keywords:** Schizophrenic psychosis, guilt, jurisprudential analysis, criminal danger.

## Introducción

La relación entre el padecimiento de un trastorno mental<sup>1</sup>, la comisión de hechos delictivos y su tratamiento por parte de la justicia es un tema que lleva suscitando interés durante numerosas décadas, aspecto éste que nos lleva a la estrecha relación existente entre dos disciplinas como son el derecho y la psiquiatría y sus dos grandes núcleos definitorios por excelencia: el delito y el trastorno mental.

Por delito entendemos la transgresión de la Ley, esto es, de la norma socialmente establecida o, en palabras del Código Penal<sup>2</sup> (art. 10) “las acciones u omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley”. La respuesta institucional frente a él, se rige por los principios del derecho penal (Zárate y González, 2019) y la ética de la justicia: persecución del delito y castigo al delincuente pero desde un punto de vista humanitario y comprensivo, esto es, se busca la retribución del daño al tiempo que se pretende la rehabilitación del delincuente (art. 25.2 CE<sup>3</sup>) ajustando la pena a las circunstancias de cada penado.

Por su parte, por trastorno mental entendemos “la presencia de un comportamiento o grupo de síntomas, identificables en la práctica clínica que, en algunos casos se acompañan de malestar o interfieren con la vida del individuo” (CIE-10<sup>4</sup>). Dicha noción siempre ha estado ligada, por medio de la estigmatización, a la peligrosidad, un término relacionado con el riesgo de comisión de delitos violentos. A este respecto, han sido muchos los estudios que han intentado discernir si la presencia de un trastorno mental aumentaba el riesgo de comportamiento violento. Hay autores que opinan que los delitos, especialmente los violentos, son más frecuentes en enfermos mentales que en la población general, en especial cuando la enfermedad se conjuga con el abuso de sustancias (Teplin, Karen y McClelland, 1993), mientras que otros autores defienden la postura contraria (Monahan, 1992). A pesar de que los resultados con respecto a esta temática son contradictorios, es necesario destacar que todos coinciden en señalar los siguientes aspectos: que la inmensa mayoría de los delitos cometidos en nuestro país son obra de sujetos que están en pleno uso de sus facultades mentales y solo un pequeño porcentaje son atribuidos a individuos con enfermedad mental

---

<sup>1</sup> Aunque pueden emplearse indistintamente, se prefiere la utilización de conceptos como “trastorno mental” o “psicopatología” en lugar de “enfermedad mental” por la estigmatización asociada a este último.

<sup>2</sup> En adelante Código Penal. Siempre que se haga referencia al Código Penal se debe de acudir a la referencia (Boletín Oficial del Estado, 1995).

<sup>3</sup> Constitución Española, en adelante CE. Siempre que se haga referencia a la Constitución véase la referencia (Boletín Oficial del Estado, 1978)

<sup>4</sup> Clasificación internacional de enfermedades, en adelante CIE- 10. Consultar referencia (World Health Organization, 2000).

diagnosticada o cuya aparición es abrupta instantes antes de cometer el hecho delictivo, que la relación entre enfermedad mental y comisión delictiva es escasa, que las acciones delictivas y sus consecuencias – encarcelamiento –, pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales (victimización del penado) y que la mayor morbilidad de conductas violentas ocurre en aquellos pacientes que presentan abuso de sustancias, seguidos de los trastornos afectivos y de los pacientes con esquizofrenia (Agudo, Parejo y Perrino, 2017).

De hecho, no está todavía del todo claro si es exclusivamente el padecimiento de la enfermedad mental lo que causa el comportamiento violento. Por el contrario, lo que se suele aducir es que entre la presencia de trastorno mental y la conducta violenta existen toda una serie de variables mediadoras que se erigen en factores de protección (medicalización, instituciones competentes) y de riesgo (estigma, exclusión social) que son las que determinan en buena medida que se produzca finalmente ese comportamiento delictivo (Al- Fawal, 2013), lo que descarta que nos encontremos ante una relación simple entre ambas temáticas.

Lo que está claro es que la vivencia del trastorno mental y del comportamiento delictivo puede afectar a cualquiera de nosotros en cualquier momento de nuestra vida, siendo conscientes de la amplia gama de enfermedades mentales y conductas antisociales documentadas en nuestra sociedad.

Hablamos aquí de dos aspectos – enfermedad y delito- que son de distinta naturaleza, pero que se encuentran inextricablemente ligados en la realidad social puesto que hay enfermos que cometen delitos (aspecto existente, pero sobredimensionado por los medios de comunicación) y delincuentes que presentan problemas de salud mental. Esta unión conceptual plantea importantes dilemas y controversias (Agudo, Vallejo y Perrino, 2017) que atañen a aspectos teóricos y conceptuales como es la responsabilidad jurídica del enfermo mental ante el delito y a aspectos más prácticos, como la respuesta institucional por parte del derecho a todos aquellos enfermos que cometen un delito, una problemática que se suele ejemplificar ante la dicotomía de imponer una pena o una medida de seguridad acorde al tratamiento.

Para valorar la imposición de una u otra consecuencia, se debe de atender a la implicación del trastorno mental en la conducta objeto de valoración, con el objetivo de ver si existe una relación causal entre dicha enfermedad mental y la conducta realizada. Si supusiéramos la existencia de una escala hipotética entre 1 y 10 en la que 1 y 2 significaran una escasa contribución del trastorno mental y 8-10 una contribución máxima, Chiswick (2003)

encuentra que predominan grados de atribución a esta variable comprendidos entre 2 y 7 puesto que luego habría que valorar otros acontecimientos situacionales (factores sociodemográficos, abuso de sustancias tóxicas, coexistencia de varias enfermedades mentales, etc). En cualquier caso, esta determinación de la implicación de la enfermedad mental en la comisión delictiva y, más en concreto, el establecimiento de la posible afectación de los requisitos de culpabilidad por parte del sujeto aquejado de una enfermedad mental es competencia del perito psicólogo o psiquiatra forense (Rubio, 2014a), aunque la decisión última recaiga en el juez.

Esta irrupción del trastorno mental como entidad propia a la hora de ser objeto de valoración en los juzgados, trajo aparejada una evolución del sistema penal para amoldarse a la nueva realidad (Pérez, 2015). A principios del siglo XX, los psiquiatras comenzaron a criticar el modelo heredado del siglo XIX que derivaba a todos los enfermos mentales por defecto a los manicomios y se propusieron crear un modelo en el que primara la reinserción social del enfermo mental. Para ello, tuvieron que hacer frente a numerosas dificultades teóricas y prácticas tales como definir la enfermedad científicamente, teniendo que recurrir en muchos casos a vocablos de origen no médico (como peligrosidad), conceptualizar la peligrosidad como una potencialidad, lo que parecía ser una apreciación de carácter especulativo y acientífico, determinarla y reivindicar su papel y su capacidad de aportación en esta problemática con sus conocimientos profesionales ante el mundo jurídico (Campos, 1997).

A pesar de todas estas dificultades, la idea de la inclusión del trastorno mental como elemento a valorar y del tratamiento adecuado de estos sujetos cuando se enfrentaran al sistema judicial fue introduciéndose en los sucesivos códigos penales (Campos, 1997). La postura del derecho penal clásico era la de considerar al delincuente como un ser que actuaba bajo su responsabilidad moral eligiendo libre y racionalmente su actitud ante la ley. Era una época en la que solo se admitía como eximente de la responsabilidad criminal la enajenación completa, la pérdida completa de las facultades mentales. En estos casos, la justicia cedía su tutela a la psiquiatría para que se ocupara de estos sujetos. Pero esta concepción de un sistema penal basado en la responsabilidad moral pronto se vio obsoleto ante la existencia de numerosos casos en los que las características presentes indicaban ciertas alteraciones mentales pero no eran suficientes para determinar la completa anulación de facultades mentales. Fue este el instante en el cual los profesionales de la psiquiatría hicieron ver su

necesidad en el sistema judicial y sugirieron la reformulación de los principios del derecho penal tomando en cuenta las aportaciones científicas de la medicina (Cervelló, 2016).

Estas innovaciones de principios de siglo XX se vieron truncadas por la irrupción de la dictadura franquista que desdibujaron la noción de enfermedad mental ampliándola a todos aquellos insurgentes del régimen. Con el término de la dictadura, los avances realizados antes de la misma se plasmaron en la redacción del CP de 1995 el cual no solo contemplaba la valoración de la enfermedad mental como factor a tener en cuenta – bien como eximente, bien como atenuante- sino que además, preveía toda una serie de medidas de seguridad fundadas en la peligrosidad del sujeto indicada por los profesionales llamados a asesorar a los tribunales.

Por lo tanto, si actualmente queremos hablar acerca de las repercusiones psiquiátrico forenses de los trastornos mentales, y, más en concreto, de las psicosis esquizofrénicas, que es el tema del presente trabajo, debemos de hacer mención al artículo 20 del código penal vigente, y más en concreto al apartado 20.1, que reza de la manera siguiente:

Están exentos 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. (art. 20.1 C.P, p. 13).

La conceptualización del concepto de anomalía ha sido realizada por numerosos autores e instituciones. La Real Academia Española, nos la define como la discrepancia de una regla o de una norma, y entendiendo esto, por anómalo nos referimos a todo aquello que se aleja de la norma, lo irregular o extraño. Para otros autores como Schneider (1950) la anomalía es una variación extraña del modo de ser, de los rasgos y de las disposiciones anormales de la personalidad que no cumplen criterios diagnósticos suficientes para ser considerados como trastornos de la personalidad, pero con entidad suficiente para considerarse fuera del espectro de la normalidad.

Por su parte, el término de alteración también fue formulado por numerosos autores. En este caso, escogeremos para ejemplificar este concepto la definición más amplia del concepto propuesta por Pérez (2015), que la define como una disfunción mental de origen no

patológico. Estaríamos por lo tanto ante un grave desequilibrio producido por ciertos estímulos externos de excepcional intensidad el cual cesa cuando terminan los mismos y no ante una realidad de origen médico – psiquiátrico.

Sobre el concepto de alteración también se ha pronunciado el Tribunal Supremo (STS 896/1997) considerando a este respecto que desde el punto de vista jurisprudencial se debía de valorar la alteración mental teniendo en cuenta tres situaciones distintas: la anulación absoluta de la voluntad y la inteligencia, que propiciaría la exención total de la responsabilidad, la disminución sensible de esas facultades intelectivas y volitivas, que en su caso originaría la eximente incompleta y la leve alteración anímica tanto en la capacidad de querer como de entender, fundamentadora de la atenuante por analogía.

De este fragmento de la sentencia se han hecho numerosas interpretaciones, señalando la mayoría que la alteración psíquica comprende una actividad anormal y presencia o aparición de síntomas, de fenómenos psicopatológicos o conductas anómalas, bien aisladamente o formando parte, con otros síntomas, de algún trastorno definido (Carrasco, 2010).

En cualquier caso, tanto el concepto de anomalía como el de alteración psíquica, los cuales suelen ser empleados indistintamente, suponen una indudable ampliación del anterior concepto legal de enajenación empleado por anteriores códigos penales el cual respondía a un concepto biológico y psiquiátrico puro. La reforma del término obra del Código Penal vigente promulgado por L.O 10/1995 de 23 de noviembre contempla una terminología (BOE, 1995) (anomalía o alteración psíquica) que admite un concepto psicológico del comportamiento presentado por el sujeto y se centra no en la causa de la anomalía o alteración sino en el efecto de dicha anomalía o alteración sobre el efecto de la imputabilidad (Aladro et al., 2015).

Este hecho, permite desligar el concepto de eximente de clasificaciones clínicas y del casuismo que producía la anterior consideración de enajenación mental. Además, esta nueva concepción permite una utilización más racional tanto de la CIE-10 como del Diagnostic and Statistical manual of mental disorders DSM- 5<sup>5</sup>, puesto que no se descarta ningún trastorno como posible generador de anomalías o alteración psíquica y, lo que es más importante, permite valorar la presencia de cierta sintomatología en relación con la intención volitiva y capacidad intelectual de cada sujeto (Al- Fawal, 2015).

---

<sup>5</sup> Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. En adelante DSM – 5. Consultar referencia (American Psychiatric Association, 2013)

Siguiendo al hilo de las posibles características que podrían desembocar en la posible valoración de una anomalía o alteración psíquica a la hora de determinar la imputabilidad y, por extensión, la culpabilidad del sujeto, una de las condiciones que más preocupa y que más alarma genera socialmente es la presencia de una psicosis esquizofrénica.

A la hora de hablar de este concepto, es necesario desgajar el mismo. Cuando hablamos de una psicosis, una entidad cuya etiología es multifactorial (interacción de vulnerabilidad genética y factores ambientales), estamos haciendo referencia a un estado mental en el cual el paciente sufre una pérdida de contacto con la realidad y, por lo tanto, no puede pensar, percibir o juzgar con claridad (Ey, Bernard y Brisset, 2008). Nos encontramos ante pacientes que sufren un gran deterioro en su personalidad así como en sus relaciones afectivas y que suelen presentar síntomas que se manifiestan principalmente en delirios y alucinaciones. En los delirios, el paciente imagina situaciones que son falsas pero que considera ciertas y en las alucinaciones percibe a través de los sentidos fenómenos inexistentes.

A lo largo del presente trabajo abordaremos la psicosis más conocida y relevante: la esquizofrenia. Las características de dicho trastorno mental, sus principales características clínicas, sus criterios diagnósticos y su importancia a la hora de determinar la afectación mental para poder valorar la imputabilidad y culpabilidad serán abordadas a continuación a lo largo de este trabajo.

## **Justificación**

Según los datos del año 2017 de la plataforma CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España, los trastornos mentales afectan al 19.5 % de la población española. De entre estos trastornos mentales, la esquizofrenia afecta en España a más de medio millón de personas, estando considerada como la enfermedad mental grave más extendida, lo que representa entre un 0.8 y un 1.3 de la población.

Si a esta prevalencia existente actualmente le sumamos los factores precipitantes como son el estrés y el consumo de sustancias (Vallejo, 2015a), factores ambos que no dejan de incrementarse en las últimas décadas, parece lógico prever un posible aumento de casos de esquizofrenia en un futuro no muy lejano, con el consiguiente aumento de la probabilidad de que una persona aquejada con esta patología entre en contacto con el sistema legal. Por este

motivo se torna necesario el estudio de la relación entre la psiquiatría y el derecho penal, para saber cómo está preparado nuestro sistema de justicia para hacer frente a este tipo de casos.

## **Objetivos**

El objetivo principal del presente trabajo es realizar un estudio acerca de las repercusiones penales que se derivan de la presencia de una psicosis esquizofrénica por parte de un sujeto que entra en contacto con el sistema penal español.

Como objetivos secundarios podemos mencionar en primer lugar la realización de una revisión de las relaciones históricas entre psiquiatría y derecho penal poniendo énfasis en el momento actual.

En segundo lugar realizar una conceptualización de los trastornos del espectro de las psicosis esquizofrénicas, sus principales características clínicas y sus criterios diagnósticos.

En tercer lugar, el estudio de las repercusiones en la capacidad intelectual y volitiva que presentan los sujetos aquejados con la anterior patología citada.

Para finalizar y en cuarto lugar, se pretende realizar un análisis jurisprudencial de sentencias de nuestro país en las que los condenados presentan estas psicosis esquizofrénicas para ver cuál es el trato que desde el sistema judicial se dispensa a estos sujetos en relación a los objetivos anteriormente mencionados.

## **Metodología**

Este trabajo puede dividirse en dos partes. La primera de ellas consta de una revisión bibliográfica sobre las relaciones existentes entre la psiquiatría y el derecho penal, la figura de las psicosis esquizofrénicas desde el punto de vista médico y su importancia a la hora de valorar la culpabilidad de los sujetos que las padecen.

La segunda parte consiste en un estudio de casos (Montero y León, 2002) que comprende el análisis de 40 sentencias, en las cuales se ha declarado la presencia de una psicosis esquizofrénica para determinar cuál es el trato que nuestro sistema judicial dispensa a los que padecen dichos trastornos.

Para realizar este estudio de casos, se obtuvieron las sentencias del Centro de Documentación Judicial (CENDOJ), un órgano técnico del Consejo General del Poder Judicial que se encarga de la publicación oficial de la Jurisprudencia. En el proceso de obtención se han empleado los términos detallados a continuación.

**Jurisdicción:** “penal”; tipo de resolución “sentencia”; **tipo de órgano** “Tribunal Supremo”, “Tribunal Supremo. Sala de lo Penal”, “Audiencia Nacional. Sala de lo Penal”, “Audiencia Nacional”, “Sala de apelación de la Audiencia Nacional”, “Tribunal Superior de Justicia”, “Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Civil y Penal”, “Audiencia Provincial”, “Audiencia Provincial. Tribunal Jurado”, “Juzgado de Instrucción”, “Juzgado de lo Penal”, “Juzgado de Primera Instancia e Instrucción” y “Juzgado de Violencia sobre la Mujer” (en definitiva, órganos con competencia en materia penal); **localización:** en un primer momento “Galicia” y, ante el escaso número de sentencias obtenidas, “todas” para ampliar la búsqueda a todo el país; **texto libre:** “esquizofrenia”, “esquizofrenia paranoide”, “esquizofrenia hebefrénica”, “esquizofrenia catatónica”, “esquizofrenia simple”, “eximente 20.1”, “eximente completa 20.1”, “eximente anomalía y alteración psíquica” y “eximente incompleta esquizofrenia”.

De los resultados obtenidos se descartaron aquellas sentencias en las que el concepto de esquizofrenia no se ajustaba a las demandas del presente trabajo. Las 40 sentencias finales, obtenidas aleatoriamente de un periodo comprendido entre los años 1990 y 2018, fueron finalmente analizadas<sup>6</sup> en base al delito cometido, a la determinación de culpabilidad del autor y a la pena impuesta, con la pretensión de alcanzar uno de los objetivos propuestos anteriormente en relación al tratamiento jurisprudencial de las psicosis esquizofrénicas.

## **Aproximación psiquiátrico – forense de las psicosis esquizofrénicas**

### **Marco conceptual de las psicosis esquizofrénicas**

#### **Concepto.**

Los trastornos mentales en general, y la esquizofrenia en particular, han pasado por un largo y complicado proceso antes de concretarse en entidades más o menos bien definidas (Vallejo, 2015a). La historia de la esquizofrenia es la historia de las psicosis en general

---

<sup>6</sup> El análisis completo de las sentencias puede verse en el Anexo 1

(Hoening y Turner, 2002) y muchos han sido los términos históricos (locura, alienación, insania y vensania) empleados como precursores del actual concepto de esquizofrenia.

Los intentos por definirla iniciados por Kraepeling (1899) y Bleuler (1911) a principios de siglo y por Schneider en los años 50 constituyeron avances importantísimos a la hora de operativizar el concepto de la esquizofrenia con fines de investigación (Andreasen, 2000).

Estos primeros conceptos han sido revisados, reformulados y reconceptualizados por la literatura científica hasta llegar al concepto que hoy tenemos de la esquizofrenia (Keshavan, Tandon y Nasrallah, 2013), la cual se encuentra catalogada como la principal exponente de las psicosis, un término genérico en el que se incluyen todos aquellos trastornos mentales en los que se ha presentado alguna pérdida de contacto con la realidad.

De esta manera, podemos definir la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos (o de déficit), cognitivos y afectivos (Vallejo, 2015a). Estamos, por lo tanto, ante un trastorno heterogéneo (en cuanto a su presentación clínica, curso, respuesta al tratamiento y factores asociados) con afectación multisistémica.

El origen de esta patología ha sido motivo de interés durante muchas décadas conformándose diversos modelos explicativos de su origen tales como el modelo bidireccional, el modelo de vulnerabilidad al estrés y la hipótesis de los dos impactos (Cabrera, Chantal y Lizardo, 2017) que hacían especial hincapié en el innegable factor genético hereditario.

Con respecto a su curso (Rubio, 2014b) podemos decir que es variable y crónico y que supone la pérdida en grado importante de la calidad de vida del enfermo y de sus familiares y cuidadores. Suele conllevar asociada también la existencia de patologías comórbidas (procesos inflamatorios, envejecimiento acelerado, diabetes...), realidad ésta, que comporta una reducción de la esperanza de vida del paciente en una media de entre 12 y 15 años.

Cuando conceptualizamos una enfermedad, hablamos también de manera ineludible de la epidemiología de la misma, para tener una referencia de la magnitud del problema al que nos enfrentamos. En el caso de esta afección, podemos concretar su incidencia (Vallejo, 2015a) en términos de entre 20 y 40 casos por cada 100 mil habitantes o lo que es lo mismo, una afectación del 0.7% de la población general, siempre con una ligera tendencia superior en varones.

En cuanto al inicio del trastorno, éste se suele situar entre los 15 y los 30 años (De la Fuente – Tomás, Sánchez – Autet, García – Álvarez, González – Blanco, Velasco, Sáiz, García – portilla y Bobes, 2019), lo que supone una afectación de los sujetos en sus años de máxima potencia académica y laboral. El inicio precoz determina una mayor carga genética, una peor evolución y un mayor deterioro.

Veamos a continuación sus principales características clínicas para completar mejor el conocimiento sobre las psicosis esquizofrénicas.

### **Principales características clínicas.**

Las psicosis esquizofrénicas no comienzan, por regla general, con la observación de sintomatología psicótica positiva, esto es, delirios y alucinaciones, sino que antes del primer episodio de esquizofrenia se producen otras fases previas.

Lo habitual al hablar de estos trastornos es considerar una primera fase premórbida que suele presentarse en la infancia y la adolescencia en la que los pacientes presentan un patrón de personalidad reservada, pasiva e introvertida (personalidad esquizoide), combinada con aspecto extravagante y cogniciones distorsionadas, pero también puede aparecer en una personalidad previa adaptada (Rubio, 2014a).

En la segunda fase, la prodrómica, comienzan a aparecer ciertos síntomas en varias modalidades que comienzan a sugerir la posterior fase psicótica de la enfermedad. Esta fase puede durar meses e incluso años y se observan cambios en las áreas de la conducta (cambios en el comportamiento, desorganización en actividades cotidianas, quejas inespecíficas...), del pensamiento (ideas estafalarias), motora y cognitiva (déficits en la concentración y atención) y social y laboral (aislamiento social y deterioro del funcionamiento social) (Vallejo, 2015a), constituyendo un estado mental de alto riesgo.

Todos los síntomas explicados hasta este momento constituyen los conocidos como síntomas básicos. Estas sutiles molestas de carácter subclínico que afectan principalmente a la volición, cognición, afectividad, pensamiento, lenguaje y psicomotricidad son experimentadas y consideradas de manera subjetiva por el sujeto, aspecto éste que diferencia estos síntomas de los positivos o negativos que son considerados como no extraños por el paciente (Miret, Fatjó – Vilas, Peralta y Fañanás, 2016). Aunque pueden aparecer en

cualquier estadio de la enfermedad, son un componente esencial del estadio prodrómico y residual y pueden ser o no reversibles (Schulze- Lutter, 2009), es decir, pueden terminar desembocando en sintomatología psicótica o remitir antes de alcanzar el umbral sintomático.

Continuando con el curso natural, nos encontraríamos después con la fase aguda o psicótica. Es en esta fase en la que aparecen los síntomas, tanto positivos como negativos, característicos de estas psicosis esquizofrénicas y que más producción científica e investigación han acaparado.

Los síntomas positivos, los más representativos de esta enfermedad, son aquellos que aparecen sin estar presentes en el pasado y reflejan una exacerbación de una determinada función. Para valorar este tipo de síntomas se suelen incluir 2 dimensiones: la dimensión psicótica y la dimensión de desorganización. La dimensión psicótica incluye delirios y alucinaciones y la dimensión de desorganización incluye comportamiento extravagante (en vestido, apariencia, conducta social y sexual, conducta agresiva y agitada) y pensamiento (robo, eco, inserción y difusión del mismo) y lenguaje desorganizado (descarrilamiento, incoherencia, distraibilidad, tangencialidad, presión del habla, etc...). A continuación vamos a proceder a explicar un poco más pormenorizadamente estos síntomas.

Dentro del apartado de conducta extravagante, podemos incluir los trastornos de los impulsos y los trastornos psicomotores (Vilagrà y Barrantes, 2015). En cuanto a los impulsos, los enfermos presentan una cierta tendencia a la ambitendencia, lo cual consiste en la necesidad de ejecutar dos acciones opuestas al mismo tiempo. También podemos referenciar comportamientos reticentes, rechazo, negativismo, oposición y, en algunos casos, obediencia automática. En relación a los trastornos psicomotores nos podemos encontrar con manierismos, paranimias o expresiones paradójicas, gesticulaciones continuas, muecas, estereotipias de posición o movimiento, ecopraxia y otros trastornos de la psicomotricidad. Es especialmente llamativa a este respecto la acinesia y la catatonía (explicada más adelante) como su máxima expresión.

Como decíamos anteriormente, los síntomas más representativos y llamativos de las psicosis esquizofrénicas son los delirios y las alucinaciones, siendo ambos muestra de una percepción deficiente. A continuación procederemos a explicarlos.

Los delirios son creencias falsas que la persona mantiene de manera firme y que no se ajustan a la lógica. La persona que los sufre se apoya en algunos detalles de la realidad pero

los interpreta de manera errónea (Instituto nacional de Salud Mental, 2016). El paciente suele pasar por una serie de estadios en la vivencia de su delirio. En un primer momento, tiene la impresión de que algo ocurre o va a suceder, lo cual le genera angustia puesto que no sabe lo que va a suceder finalmente. En un segundo momento, se pasa ya a la vivencia del delirio en la que el sujeto asocia una percepción a un pensamiento delirante de manera súbita sin saber por qué. Los delirios más frecuentes son los siguientes.

Tabla 1.

*Principales delirios presentados en las psicosis esquizofrénicas*

---

<b>Tipos de delirios</b>
<p><b><i>Delirios de persecución</i></b></p> <p>La persona cree que hay alguien o algo que lo está vigilando o siguiendo.</p>
<p><b><i>Delirios de grandeza</i></b></p> <p>El sujeto cree que posee poderes especiales o que ha sido escogido por alguna divinidad para hacer realidad sus planes en el plano terrenal.</p>
<p><b><i>Delirio de perjuicio</i></b></p> <p>La persona cree que hay alguien intentando hacerle daño o perjudicarlo.</p>
<p><b><i>Delirios somáticos</i></b></p> <p>La persona presenta sensaciones extrañas en su propio cuerpo y sospecha que están provocadas por algo o alguien que intenta dañarle.</p>
<p><b><i>Delirios erotomaniacos</i></b></p> <p>El individuo considera que es el objeto de enamoramiento de un tercero.</p>
<p><b><i>Delirios celotípicos</i></b></p> <p>La persona sospecha que está siendo engañado por una tercera persona con la que mantiene una relación</p>
<p><b><i>Delirio de referencia o autorreferencia</i></b></p> <p>La persona que lo padece sospecha que la gente habla o está pendiente de él, incluso en los medios de comunicación.</p>

---

*Fuente: Adaptado de Vallejo (2015a).*

Las alucinaciones por su parte, son percepciones en las que la persona escucha, ve o siente cosas que se originan en el interior de su propio cerebro y que, aunque él considera reales, no lo son. Estas sensaciones que experimenta el sujeto se perciben a través de los órganos de los

sentidos y las principales, que reciben el nombre del órgano en la cual radican, son las siguientes:

Tabla 2.

*Principales alucinaciones experimentadas por los pacientes esquizofrénicos*

<b>Alucinación</b>	<b>Explicación</b>	<b>Tipos</b>
<b><i>Auditiva</i></b>	Suelen ser las más frecuentes y tener contenido diverso, pudiendo llegar incluso a escuchar a varias personas manteniendo una conversación dialogados)	Imperativo: el sujeto escucha órdenes que considera de obligado cumplimiento. Es la de mayor importancia clínica y médico- legal. Sonorización o eco del pensamiento: el enfermo oye resonar en los lugares en los que está todo lo que está pensando
<b><i>Táctiles o cenestésica</i></b>	La persona tiene sensaciones en el cuerpo sin que nadie le toque	Hormigueos, calambres, pinchazos...
<b><i>Olfativas</i></b>	La persona percibe olores extraños que asocia a acontecimientos extravagantes	
<b><i>Gustativas</i></b>	Se tienen sabores diferentes a los habituales	
<b><i>Visuales</i></b>	Se percibe en los demás o en el contexto cosas que antes no se veían	

*Fuente: Adaptado de Rubio (2014b).*

Por su parte, los síntomas negativos reflejan disminución o pérdida de las funciones, esto es, déficits (Bernardo y Bioque, 2014). Entre ellos podemos mencionar la restricción en la

cantidad e intensidad de las expresiones emocionales (Ey, Bernard y Brisset, 2008) tales como el aplanamiento afectivo, la pobreza el embotamiento afectivos, caracterizado este último por el desapego y la impenetrabilidad.

También son síntomas negativos (Bobes, Arango, García – García, Rejas y Clamors, 2011) la alogia: pobreza y bloqueo de pensamiento y lenguaje (estas alteraciones suelen ser manifestación de los trastornos de pensamiento subyacentes y pueden manifestarse a través de ecolalia, mutismo, para respuestas y otros), la abulia/apatía (falta de impulso e interés, disminución en el comportamiento dirigido a metas y anergia física) y la anhedonia, retraimiento social o depresión y falta de respuesta emocional con manifestación en una expresividad facial reducida.

A pesar de esta sintomatología tan florida, no suele haber otros trastornos de conciencia, atención o memoria y la inteligencia suele estar preservada en la mayoría de los casos a excepción de aquellos en los que nos encontremos ante una esquizofrenia de tipo pseudodemencia (Bernardo y Bioque, 2014).

Todos los síntomas explicados en este apartado no solo varían de una forma clínica a otra, sino que varían incluso en un mismo paciente a lo largo de los distintos brotes que experimenta (García – Portilla y Bobes, 2013). Es la riqueza y la expresión en mayor o menor medida de los síntomas que hemos expuesto en este apartado lo que configura las distintas formas clínicas de la esquizofrenia contempladas en la CIE- 10<sup>7</sup> (Pérez, 2018).

Tabla 3.

*Formas clínicas de la esquizofrenia*

<b>Forma clínica</b>	<b>Características</b>
<i>Esquizofrenia paranoide</i>	Es la más usual y la que mejor pronóstico presenta. Caracterizada por delirios y alucinaciones auditivas con contenido paranoide de perjuicio, persecución y celos. Se mantienen preservados el afecto y las funciones cognoscitivas.

Tabla 3 (continuación)

<sup>7</sup> Desaparecen en el DSM-5

<b>Forma clínica</b>	<b>Características</b>
<i>Esquizofrenia hebefrénica</i>	Comienza de manera precoz y presenta un mal pronóstico. Predominan en esta forma los trastornos del curso del pensamiento, comportamiento pueril, comportamientos incongruentes, desorganización del habla y la devastación afectiva con abulia e inercia.
<i>Esquizofrenia catatónica</i>	La principal esfera afectada es la psicomotriz donde se pasa de la agitación extrema a la catalepsia
<i>Esquizofrenia residual</i>	Puede ser el resultado de la evolución lenta de la enfermedad o el resultado final de varios brotes o episodios. La práctica totalidad de los síntomas son de carácter negativo.
<i>Esquizofrenia simple</i>	Se asemeja a la anterior en el sentido de que cada vez van apareciendo más síntomas negativos. La única diferencia es que en este caso, a diferencia del anterior, nunca han existido síntomas positivos.
<i>Esquizofrenia indiferenciada</i>	Dicha entidad clínica se diagnostica cuando están presentes muchos de los síntomas descritos pero el cuadro no se corresponde con ninguno de los anteriores.

*Fuente: Adaptado de (CIE-10).*

En función de la entidad clínica de la que estemos hablando se prevé una evolución u otra del curso del trastorno, pero en términos generales podemos decir que evoluciona de manera lenta y que tiende a la cronicidad. Además, por regla general, independientemente de la forma clínica que se presente, el curso del trastorno suele derivar en una esquizofrenia de carácter residual (la última fase) en la que predominan síntomas negativos y en la que poco a poco se procede al intento de estabilización del paciente a través del manejo farmacológico, de una red de apoyo social y de entrenamiento en manejo del estrés (Cabrera, Chantal y Lizardo, 2017). La por lo general falta de conciencia de la enfermedad unida a las alteraciones de carácter ligadas a conductas antisociales y agresivas es lo que justifica, entre otras muchas razones, la necesidad de este trabajo de investigación.

## **Criterios diagnósticos CIE-10 Y DSM-V.**

A la hora de establecer un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, se suele acudir a sistemas de codificación de los mismos ampliamente respaldados. Los dos sistemas de clasificación más conocidos y empleados son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) editado por la Asociación estadounidense de psiquiatría (APA) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambos sistemas se emplean hoy en día en versión más reciente: DSM – 5 y CIE -10 respectivamente, y sirven para facilitar la comunicación entre profesionales y facilitar la investigación (Pérez, 2018).

El DSM-5 cataloga a la esquizofrenia en el epígrafe “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Atendiendo a los criterios diagnósticos propuestos por dicho manual, podemos advertir la presencia de esquizofrenia cuando se cumplen los siguientes criterios:

- A. Presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas la mayor parte de tiempo durante un mes. Al menos uno de ellos ha de ser delirios, alucinaciones y discurso organizado. También se contemplan otros síntomas como comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos.
- B. Nivel de funcionamiento muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio en áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal
- C. Los signos del trastorno deben de persistir durante un mínimo de 6 meses incluyendo un mes de síntomas del criterio A (fase activa del trastorno).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el depresivo o bipolar con características psicóticas.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas o medicamentos) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Acompañando el diagnóstico de esquizofrenia, **si el trastorno tiene un año de duración** se debe de establecer alguno de los siguientes especificadores:

Tabla 4.

*Especificadores del curso de la enfermedad*

<b>Especificadores</b>	
<b>Primer episodio, actualmente en episodio agudo</b>	Es la primera manifestación del trastorno y ya cumple los criterios diagnósticos
<b>Primer episodio, actualmente en remisión parcial</b>	Ya ha sucedido un episodio y actualmente nos encontramos ante una mejoría donde los criterios solo se cumplen parcialmente
<b>Primer episodio, actualmente en remisión total</b>	Es el periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no se presentan
<b>Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo</b>	Han sucedido un mínimo de dos episodios (episodio, remisión y recidiva). y además actualmente se encuentra el fase sintomática.
<b>Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial</b>	
<b>Episodios múltiples, actualmente en remisión total</b>	
<b>Continuo</b>	Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad.
<b>No especificado</b>	

*Fuente: Adaptado de (DSM-5).*

En segundo lugar, se debe de especificar la presencia o no de **catatonía**, un concepto que también ha sido reconceptualizado en el DSM-5 (Pérez, 2018). En dicho manual se entiende la presencia de catatonía cuando se cumplen los siguientes criterios: estupor (ausencia de actividad psicomotora); catalepsia (inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad); flexibilidad cérea (resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador); mutismo (respuesta verbal ausente o escasa<sup>8</sup>), negativismo (oposición o

<sup>8</sup> Este criterio se debe de excluir si se detecta una afasia

ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos); adopción de una postura contra la gravedad; manierismo; estereotipia (movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a la consecución de un objetivo); agitación no influida por estímulos externos; muecas; ecolalia y ecopraxia (imitación de los movimientos de otra persona).

Finalmente y como último especificador, se puede hacer referencia a la **gravedad actual** del trastorno (no siendo un criterio imprescindible para el diagnóstico de la esquizofrenia). Para ello se valoran los síntomas del criterio A anteriormente mencionados durante los últimos 7 días indicando si éstos están ausentes o si se presentan y son graves.

Veamos a continuación la clasificación de las psicosis esquizofrénicas que realiza la CIE – 10.

Actualmente, nos encontramos ante la décima revisión de dicha clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se erige como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria de los países que forman Naciones Unidas.

Dicho sistema de codificación, basado en un sistema numérico de códigos alfa numéricos, incluye la esquizofrenia dentro de las enfermedades mentales y del comportamiento (F00-F99), lo que constituye el capítulo 5. Dentro de ese grupo nos encontramos con el título de “esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes” (F20-F29). Para su diagnóstico se atiende a los siguientes criterios (A Y B).

El (A) postula que deben de estar presentes al menos uno de de los síndromes, signos o síntomas del listado I o bien por lo menos 2 de los síntomas del listado II la mayor parte del tiempo durante un mínimo de un mes.

Tabla 5.

*Criterios diagnósticos (criterio A)*

<b>Lista I</b>	<b>Lista II</b>
<b><i>Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento</i></b>	Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo o ideas sobrevaloradas o de presentación diaria durante un mes

*Ideas delirantes de control,* Neologismos, interceptación o bloqueo del  
*influencia,* *pasividad.* pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje  
*Pensamientos, acciones o* circunstancial  
*sensaciones delirantes.*

*Voces alucinatorias que comentan,* Conducta catatónica  
*discuten u otras voces que*  
*proviene de otras partes del*  
*cuerpo.*

*Ideas delirantes de otro tipo* Presencia de síntomas negativos (apatía, abulia).  
*impropias de su cultura e*  
*inverosímiles*

---

*Fuente: Adaptado de CIE-10.*

El (B) aglutina criterios de exclusión como son los criterios que desembocan en manía o depresión, en cuyo caso los síntomas esquizofrénicos debieron de aparecer antes de dichos síntomas. También se incluye aquí la necesidad de excluir el cuadro psicótico a causa orgánica o uso de sustancias.

Por lo tanto vemos que, a pesar de que existen discrepancias en cuanto a los criterios temporales, matices referentes a la terminología y diferencias entre la subtipología de la esquizofrenia en general<sup>9</sup> (Rus- Calafell y Lemos- Giráldez, 2014), ambos manuales coinciden en la valoración del núcleo sintomático común.

El empleo de uno u otro sistema de codificación dependerá de la elección personal del profesional que valore cada caso concreto (Fuertes, 2017).

### **Trascendencia criminológica de las psicosis esquizofrénicas**

La relación entre enfermedad mental y comportamiento violento no despertó un interés real hasta mediados de los 60, cuando se hizo la reforma psiquiátrica. Fue en esta época cuando una gran cantidad de hospitales psiquiátricos comenzaron a cerrar sus puertas mientras que las admisiones en las prisiones de sujetos con trastornos mentales fueron en

---

<sup>9</sup> El DSM-5 elimina los subtipos de la esquizofrenia y los sustituye por especificadores.

aumento. La consecuente superpoblación penitenciaria trajo consigo la deriva al sistema sanitario de esos sujetos.

La preocupación por esta temática se vio acrecentada en los últimos 40 años debido a una serie de estudios epidemiológicos realizados que demostraban que la prevalencia de conducta violenta en personas afectadas por enfermedades mentales graves era mayor que en la población general (Wesseley, 1997) y que este índice aumentaba notablemente ante la coexistencia del abuso de drogas (Palma, Cañete, Farriols, Soler y Julià, 2005). Hoy en día, las actuales evidencias indican que las personas con enfermedad mental tienen más riesgo de verse implicadas en conductas violentas, pero con mayor frecuencia en el papel de víctimas y no de agresores (Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011).

Esta relación entre enfermedad mental y delito también se investigó en un entorno más controlado, en prisiones. De los resultados globales de esta extensa revisión se concluye que comparados con población similar, los sujetos de instituciones penitenciarias tienen un riesgo entre 2 y 4 veces mayor de padecer una enfermedad psicótica y mayor riesgo en general de padecer un trastorno mental (Gómez- Escolar, 2018).

Uno de los hallazgos más reconocidos sobre el riesgo de violencia en población psiquiátrica fue llevado a cabo en EE.UU. Es el conocido como McArthur violence risk assesment study (Torrey, Stanley, Monahan, Henry y Steadmam, 2008). En dicho estudio se intentaba valorar cual era el porcentaje de comportamientos violentos una vez que el penado (el cual padecía un trastorno mental) salía de prisión. Los resultados muestran que el 61% de los participantes del estudio se comportaron violentamente a lo largo del primer año posterior al alta. De estos sujetos que realizaron actos violentos, tan solo el 9% presentaba una esquizofrenia y un 17,2% presentaba un trastorno del espectro psicótico. Porcentajes estos que distan del 29% de los comportamientos violentos cometidos por las personas con abuso de sustancia o del 25% que presentaban un trastorno de la personalidad, por lo tanto, la tendencia en el imaginario colectivo a pensar que los pacientes esquizofrénicos son los más peligrosos es errónea.

Este estudio corrobora los de otros autores (Brennan, Medrick y Hodgings, 2000), que afirman que la relación entre psicopatología y delito difiere entre las diferentes categorías diagnósticas, por lo que se sugiere que es esencial analizar separadamente cada una de ellas en relación al riesgo específico de conducta violenta por ello, en este trabajo abstraemos una entidad diferenciada: los trastornos psicóticos.

## **Delictogénesis.**

Existe una idea (comentada en apartados precedentes) errónea y extendida acerca de la elevada peligrosidad y criminalidad del paciente psicótico. A pesar de esto, son una minoría el número de sujetos esquizofrénicos que cometen algún tipo de conducta antisocial punible. En cualquier caso, se debe de diferenciar la conducta antisocial que estos pacientes presentan fuera de las fases activas del trastorno y las que pueden presentar en el curso de las mismas (Esbec y Echeburúa, 2016) (en estos casos, las conductas no suelen llevarse a cabo con la presencia de cómplices y nacen súbitamente fruto de la inspiración delirante, de la fuerte convicción que ésta les despierta).

En términos generales, las personas con esquizofrenia no son más violentas que la población general, siempre que estén controladas farmacológicamente, que no presenten consumo de sustancias y que se adhieran al tratamiento prescrito (Arbach y Andrés – Pueyo, 2007). A pesar de esto, en ciertas ocasiones, la psicosis esquizofrénica que presenta el sujeto incide de tal manera sobre él que se ven alteradas sus capacidades y grado de funcionamiento mental, lo cual puede redundar en la comisión de comportamientos violentos y delictivos (Checa, 2010).

Cuando efectivamente nos encontramos con un paciente esquizofrénico que comete una actividad delictiva, ésta suele ser, en su gran mayoría un delito contra las personas, aunque no todos (Fuentes, 2017). Además, tras una revisión de la literatura al respecto, se ha encontrado una correspondencia entre el tipo de psicosis esquizofrénica que el sujeto esté padeciendo y los delitos cometidos o la forma de actuar. Esta correspondencia se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 6.

*Relación entre la forma clínica de la esquizofrenia, forma de actuar y delitos cometidos*

<b>Forma clínica</b>	<b>Forma de actuar</b>	<b>Delitos cometidos</b>
<i>Esquizofrenia simple</i>	Tendencia a la fuga, vagabundeo y abandono de obligaciones	Delitos de omisión del deber de socorro

<i>Esquizofrenia hebefrénica</i>	Trastornos afectivos con abulia e inercia	Delitos contra las personas, contra la libertad e indemnidad sexual, delitos contra la propiedad y estafas
<i>Esquizofrenia paranoide</i>	El comportamiento está relacionado con las ideas delirantes que padecen. Pueden presentar también alucinaciones.	Delitos de homicidio, lesiones y contra la propiedad.
<i>Esquizofrenia catatónica</i>	Patología psicomotriz que oscila entre los extremos de agitación hasta la catalepsias	En función del extremos psicomotriz en el que se encuentren pueden cometer delitos contra las personas, de omisión o contra la propiedad
<i>Esquizofrenia residual</i>	Conductas extravagantes y semejantes a las de los psicópatas antisociales. Total desestructuración de la personalidad e incapacidad de juicio y raciocinio	Delitos contra las personas, contra la libertad e indemnidad sexual y delitos contra la propiedad. Cometidos con un alto grado de violencia e impulsividad

---

*Fuente: Adaptado de Checa (2010).*

### **Repercusiones en la capacidad intelectual y en la capacidad volitiva.**

Para que una conducta sea tachada de delictiva, deben de valorarse los elementos estructurales del delito, esto es, la tipicidad, la antijuricidad y la culpabilidad (en dicho orden secuencial). Los dos primeros se ponen de manifiesto cuando se comete un hecho ilícito y son fácilmente valorables tras la lectura del código penal, pero la valoración de la culpabilidad supone poner tomar en consideración la relación subjetiva y personal entre el sujeto concreto y la acción cometida (Mir- Puig, 2015).

Esta forma de proceder a la hora de valorar el delito supone una autolimitación del Estado en el ejercicio del poder punitivo, en tanto que no toda conducta típica y antijurídica habrá de dar lugar a la posibilidad de imposición de una pena, entendiéndose que va a haber casos en los que la persona que cometió el hecho delictivo no sea responsable del mismo y, por lo tanto, no sea culpable (Fuentes, 2017).

Para valorar el grado de culpabilidad, que constituye una exigibilidad de obrar conforme al derecho, se debe de atender a la capacidad del autor para comprender el sentido de la

prohibición penal y a la capacidad también para actuar de acuerdo con dicha comprensión, porque pueden darse casos en los que los sujetos, no puedan cumplir esa exigencia de obrar de acuerdo a las normas penales (SAP 446/2018). En consecuencia con los principios de política criminal no es constitucional un derecho penal de autor que determine las penas en atención a la personalidad del reo y no según la culpabilidad del mismo, sino que lo se debe de tener en cuenta son las condiciones personales y subjetivas presentes en el momento de la realización de la conducta típica para valorar la culpabilidad (STS 150 /1991).

Cuando valoramos la culpa, valoramos los tres elementos que la componen; la imputabilidad, el conocimiento de la antijuricidad de la conducta cometida y la exigibilidad de actuación conforme a ese conocimiento. Especial mención merece el concepto de imputabilidad por ser el que se valora desde un sistema mixto (biológico – psicológico a la hora de determinar la culpabilidad del sujeto (STS 237/1995). Un concepto que, a pesar de no estar definido por el Código Penal, la doctrina científica lo ha postulado como “el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requeridos por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquica y éticamente por aquellas” (Molina, Martínez, Frigols y Brines, 2019). Es decir, imputable significa que la persona es capaz de entender que su modo de proceder afecta a los intereses de los demás y que, además, puede, por sus especiales características, adaptar su comportamiento a dicho entendimiento.

Esta imputabilidad se analiza de los dos requisitos de los que se compone: la comprensión (elemento cognoscitivo o intelectual) y la determinación (elemento volitivo) (Molina, Martínez y Frigols, 2019).

Capacidad de comprensión significa aptitud para entender, para captar, para poder distinguir lo lícito de lo ilícito. Con ello no queremos decir que el sujeto deba de saberse las normas penales en el momento de la realización del hecho ilícito, sino que bastaría con un cierto grado de consciencia y de apreciación a nivel del conocimiento profano de una conducta como ilícita, esto es, de la comprensión de que se está atacando o poniendo en peligro un bien jurídico (Carrasco y Maza, 2010).

Como complemento a la capacidad de comprensión nos encontramos con el elemento volitivo o la capacidad del sujeto para dirigir sus acciones. Esta capacidad para controlar la voluntad no es una faceta separada de la mente (Demetrio, 2017). En ocasiones, tanto la capacidad de entendimiento como la de la voluntad están afectadas, como en el caso de los casos graves de esquizofrenia; pero hay otros casos en los que el sujeto mantiene la capacidad

intelectiva intacta y sin embargo la volitiva alterada por un mal funcionamiento de sus estructuras cerebrales que responden a causas de origen biológico o a estímulos externos (Al – Fawal, 2011). En ambos casos, a la hora de determinar la imputabilidad o no, se debe atender a los informes de los expertos en materia psiquiátrica y psicológica puesto que presentan una formación más especializada en el tema (Vallejo, 2015b).

Por regla general, una persona sin ningún tipo de afectación en la esfera psíquica es capaz de mantener ambos elementos o, en el caso de infringirlos, los infringe conscientemente, con lo que no quedaría eximido de la culpabilidad de sus actos por no padecer ningún funcionamiento anómalo en las esferas cognoscitivas y volitivas. Pero hay otras ocasiones, en las que la presencia de una anomalía o alteración psíquica, como la presencia de una psicosis esquizofrénica, puede mermar estos dos elementos en diferente grado o intensidad. Y es ahí en donde habrá que establecer según cada caso en concreto un grado de exención o atenuación correspondiente a las condiciones del sujeto en el momento de la comisión del delito (Morales y Quintero, 2015).

Hasta aquí nos hemos referido a los elementos de culpabilidad en general, pero veamos qué ocurre en el caso de encontrarnos con un afectado por una psicosis esquizofrénica. Cómo este padecimiento condiciona los dos elementos de la imputabilidad: el intelectual y el volitivo.

El hecho de padecer una psicosis esquizofrénica no es un óbice para el desarrollo y ejecución de una acción constitutiva de delito, pero sí que afecta a la sensopercepción y al pensamiento. En todo caso, esta capacidad para cometer una acción debe de ponerse en relación con la psicosis que sufre cada persona en concreto y con la forma clínica que esté padeciendo

Como decíamos anteriormente, cuando se comete un delito, al juez o tribunal le corresponde valorar la esfera intelectual y volitiva (STS 175/2008). En cuanto al componente intelectual, podemos decir que está claramente afectado en las psicosis que cursan con alteraciones en la sensopercepción, fundamentalmente las alucinaciones. En estos casos en los que la sintomatología positiva se encuentre activa, la capacidad de actuar según lo conocido estará afectada (Serpa, Carvajal, Rodríguez, Galvís y Rodríguez, 2016), porque en muchos casos estas personas se regirán por la interpretación de sus delirios y alucinaciones y no por el procesamiento de la información objetiva real.

Por su parte, en cuanto a la capacidad de obrar según el conocimiento, debemos de partir de que al estar gravemente alterada la conciencia de la realidad, las facultades volitivas por regla general se encontrarán anuladas.

Además, en el caso de las psicosis esquizofrénicas, se debe de atender a otras circunstancias (Al – Fawal, 2013). Además de las valoradas anteriormente. En primer lugar a la alteración del control de los impulsos (un efecto muy común en las psicosis esquizofrénicas que se caracterizan por la ineficaz capacidad de inhibición), lo que puede llegar a suponer una incapacidad plena de control y constituir un déficit total en el componente volitivo. En segundo lugar debemos de atender a los trastornos del pensamiento. En este caso, lo difícil es tratar de determinar la premeditación de la acción delictiva por parte del sujeto debido a la anulación completa de sus facultades volitivas, lo que desembocaría en un caso claro de inimputabilidad penal. Con respecto a este último caso se deben de distinguir las alucinaciones de los delirios. En las alucinaciones, la capacidad para conocer no se presenta, pero en el delirio sí; en el caso del delirio, el enfermo recibe información pero su capacidad para procesarla es patológica por lo que su capacidad para obrar también lo es (Checa, 2010).

En relación con la imputabilidad, se debe de analizar el estado de las facultades mentales de la persona en el momento en el que esta comete la acción y se debe de poner en relación este estado mental con el tipo de delito cometido y la motivación para realizarlo (STS 986/2004). A pesar de la necesidad de analizar cada caso de manera pormenorizada, en términos generales podemos decir que, en presencia de sintomatología psicótica, las facultades mentales están afectadas de manera grave, lo que determinaría en todo caso la inimputabilidad penal. Sin embargo, también pueden darse casos en los que las facultades intelectivas y volitivas están presentes o alteradas en menor grado de la afectación plena y, en este caso, estas circunstancias darían lugar a fallos penales de culpabilidad o de semi imputabilidad.

### **Tratamiento jurisprudencial.**

Cuando hablamos de tratamiento jurisprudencial, lo que intentamos averiguar es cómo se encuentra valorado un determinado tema (en este caso las psicosis esquizofrénicas) en el conjunto de resoluciones judiciales emitidas por los órganos judiciales del Estado (Tribunales

Supremo y Superior de Justicia preferiblemente), unas resoluciones que tienen un valor fundamental como fuente de conocimiento de derecho positivo, esto es, evitan que una misma situación jurídica sea interpretada de manera distinta por los tribunales. Esto último es lo que se conoce como principio unificador

Este especial análisis jurisprudencial que pasaremos a realizar, consta de varias partes. En primer lugar haremos una breve mención al concepto de esquizofrenia entendido por la jurisprudencia para, a continuación explicar cómo se juzgan este tipo de delitos cometidos por pacientes esquizofrénicos y qué resultado (pena) llevan implícito.

El segundo gran bloque de este análisis está constituido por el análisis jurisprudencial de sentencias con los criterios indicados en el apartado de metodología expuesto al comienzo del trabajo. Para dicho análisis se ha realizado una breve explicación de las sentencias analizadas acompañada de un cuadro resumen de las mismas que se encuentra en el anexo 1 para mayor clarificación del análisis.

Finalmente, se termina el análisis con unas conclusiones de todo lo descubierto a raíz del análisis realizado.

### ***Análisis teórico (con especial mención a los casos de esquizofrenia).***

Comenzaremos por el análisis de la terminología de anomalía como presupuesto de la exención de la responsabilidad penal y, más en concreto, del estudio de la esquizofrenia hecho por parte del tribunal.

El tribunal supremo ha entendido que al hablar de anomalía se entiende que “se trata de trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y, frecuentemente, perturbaciones de la sensopercepción. (STS 3724/2000). Dentro de este concepto genérico de anomalía, se incluye el término y la realidad de la esquizofrenia.

Nuestra jurisprudencia clasifica a las esquizofrenias dentro de las psicosis endógenas y considera que se encuentran caracterizadas por una disgregación de la vida psíquica o disociación del pensamiento, por la presencia de alucinaciones y delirios a los que el enfermo presta entero crédito por absurdas que sean y por la apreciación de trastornos de la

afectividad que conducen en los casos más graves a casos de demencia incurables (STS 216/2012). Continúa la misma sentencia reconociendo de la presencia de los anteriores síntomas positivos, la existencia de otra serie de síntomas, negativos, que hacen referencia como explicamos anteriormente a restricciones en el ámbito y en la intensidad emocional, lo cuales también pueden estar presentes en un episodio de psicosis esquizofrénica.

Ya se detecte esta enfermedad en la infancia del sujeto o en edades posteriores, constituye una grave enfermedad de carácter permanente que, a efectos de responsabilidad penal, siempre tiene una notoria influencia en la personalidad del sujeto activo de la acción, especialmente en sus facultades intelectivas y volitivas (STS 143/2009).

Cuando se presenta ante un tribunal un hecho delictivo cometido bajo la presencia de una enfermedad esquizofrénica, este caso se valora desde un sistema mixto (STSS 411/2016; STS 862/2004). Este sistema significa que se deben de tener en cuenta dos realidades. Por una parte se debe de atender a la presencia de una causa biológica /psiquiátrica, que se correspondería con la existencia de una anomalía o alteración psíquica y, por otra parte, se debe de tener en cuenta el factor psicológico (la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o de determinar el comportamiento conforme a dicha comprensión) (STS 33/2005 y STS 1219/2004).

Este elemento psicológico cobra una especial relevancia en los casos que estamos analizando de anomalías o alteraciones psíquicas (concretados en la esquizofrenia). A este respecto, la STS 466/ 2009 de 2 de julio señalaba que la mera presencia de una anomalía o alteración psíquica podía llegar a ser irrelevante a la hora de determinar la imputabilidad de quien la sufría y, consecuentemente, de su responsabilidad penal. De hecho, si bastara con la presencia de la enfermedad, estaríamos ante un sistema biológico exclusivamente y ya hemos comentado que nos regimos por un sistema de valoración mixto.

Esto significa, que, además de la presencia de la alteración, el sujeto no debe de poder comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (STS 372/2003 Y STS 4625/2003). De ello debemos deducir que la anomalía o alteración se debe de interponer entre el sujeto y la norma, lo cual puede hacerse de varias maneras posibles. La primera es impidiendo que la norma constituya una motivación para el sujeto y la segunda es la existencia de alteraciones que anulen la motivación normativa (STS 629/2007).

Este planteamiento trae como consecuencia que no es suficiente con padecer una enfermedad, en nuestro caso una esquizofrenia, sino que es indispensable la constatación de que por el hecho de poseer esa enfermedad, las facultades mentales se encuentren afectadas, y no en cualquier momento, sino en el momento en el cual el sujeto ha cometido la acción delictiva. Es decir, en el momento de la perpetración del delito el sujeto se tenía que encontrar en un estado tal en el que su psique, debido a la esquizofrenia que padecía de base o que le debutó en el momento de cometer el hecho, no le permitía atender a otras razones diferentes a las que le dictaba su propio trastorno (Ruiz – Iriando, Salaberría y Echeburúa, 2013).

Como señala el Tribunal Supremo (STS 862/2004), para valorar la responsabilidad de una persona que se encuentra afectada por una enfermedad mental se tiene que tener en cuenta no solo el diagnóstico psiquiátrico sino también cómo la esquizofrenia afecta a la personalidad del individuo y sobre todo, y lo que es más importante, cómo esta esquizofrenia se relaciona de manera causal con el acto ilícito cometido. Esto es, el delito debe ser producto de su enfermedad (STS 1707/2002).

Uno de los aspectos centrales de la valoración antes de dictar sentencia es la apreciación de la culpabilidad en los sujetos que presentan una anomalía o alteración psíquica, aspecto para el cual se cuenta en el juzgado con el auxilio de profesionales como peritos psicólogos y psiquiatras que valoren el grado de afectación supuesto por la enfermedad (STS 406/2005). En este sentido, solo se puede concluir con un veredicto de inimputabilidad si la afectación o alteración de las facultades del sujeto anularan su capacidad volitiva o intelectual (STS 814/2005 y 1337/2006). A este respecto, se considera una exigencia que el sujeto sufra una perturbación absoluta y completa de sus facultades mentales, una abolición plena de su voluntad o de ambas facultades (STS 162/2009), si bien no debe exigirse una situación de completa y absoluta perturbación de las facultades de conocimiento y voluntad hasta llegar al extremo de encontrarse el sujeto en un estado de plena inconsciencia (STS 1717/2002). Al sujeto valorado de esta manera se le considera exento de responsabilidad criminal.

Cuando esta afectación no es absoluta y completa de las facultades mentales del sujeto no se considera la exención de la responsabilidad criminal (inimputable) del art. 20.1 (comentada en la introducción del trabajo), pero para estos casos de menor entidad en los que se pruebe igualmente la presencia de una anomalía o alteración psíquica se valora la imposición de una atenuante privilegiada (semi- imputable) recogida en el art. 21.1 que reza

de la manera que sigue: “las causas expresadas en el capítulo anterior cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos” . Se trata ésta de una atenuante privilegiada (eximente incompleta) que sigue un régimen específico recogido en el artículo 68 del mismo Código Penal tras la reforma del mismo por Ley Orgánica 15/2003 de 25 de noviembre, la cual ordena que los Jueces o tribunales deberán de imponer la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley atendiendo al número y a la entidad de los requisitos que falten o concurren y a las circunstancias personales del autor.

Cuando tenemos una sentencia de este tipo, en la cual es sujeto se considera inimputable o semi- imputable, se debe de valorar, a la hora de imponer la respectiva pena correspondiente, la peligrosidad criminal del sujeto (Cervelló, 2016). Para estos casos en los que se valora no la culpabilidad sino la peligrosidad del sujeto en función de la alteración psíquica que padece, el Código Penal contempla la imposición de medidas de seguridad (contempladas en el capítulo primero del título IV del Código Penal), las cuales se erigen como medidas destinadas a evitar la comisión de futuros delitos y para asegurar en cada caso en concreto la recuperación del condenado de la anomalía que padece y que, en muchos casos requiere de un tratamiento médico por medio de un régimen de internamiento cerrado en un centro especializado.

Este internamiento no está exento de polémica en estos últimos años en los que se ha constatado una limitación de las infraestructuras para dar soporte y atención integral a las personas aquejadas de esta problemática como podrían ser los centros psiquiátricos penitenciarios (Gómez- Escolar, 2017) y se ha propuesto la ampliación del protocolo PAIEM dentro de los centros penitenciaros ordinarios para poder dar una mejor respuesta a esta problemática y la creación de unidades psiquiátricas penitenciarias en cada centro (art. 183 Reglamento Penitenciario) (BOE 1979).

En nuestro objeto de estudio, la presencia de una anomalía o alteración psíquica, el Código Penal prevé en su art. 101 que a los sujetos que sean declarados exentos de responsabilidad criminal de acuerdo al art 20.1 (anomalía o alteración psíquica) se le pudiera aplicar, si fuera necesaria, la medida de internamiento para recibir tratamiento médico o educación especial adecuada a la anomalía o alteración que padecieren – en este caso esquizofrenia- . También contempla la aplicación de cualquier otra medida no privativa de libertad del art. 96.3 y señala claramente que en el caso de que finalmente se valore un internamiento en un centro

psiquiátrico, esta duración no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena en el caso de que el sujeto fuera declarado responsable (Barrios, 2016).

Estas medidas, las cuales están condicionadas a la peligrosidad del sujeto (art. 6.1 C.P) no pueden resultar más gravosas ni de mayor duración que la pena que en abstracto se le podría aplicar al hecho cometido, así como tampoco pueden exceder el límite de lo estrictamente necesario para prevenir la peligrosidad del autor (art. 6.2), es más, en el art. 97 C.P. en sus apartados b) y d) contemplan que las medidas de seguridad impuestas se pueden cesar o suspender en el caso de que la peligrosidad criminal haya desaparecido.

Si por el contrario el sujeto no está eximido de la responsabilidad y solo es semiimputable (sujetos con imputabilidad disminuida) (art 21.1 CP) se contemplan para él en el artículo 104 del mismo código la posibilidad de imposición de una medida de seguridad prevista en el artículo 101 C.P (Gómez- escolar, 2017). Pero en este caso, se suele imponer por los tribunales una pena y una medida de seguridad. Para resolver sobre el modo de cumplimiento de ambas se acude a la regulación del sistema vicarial contenida en nuestro Código Penal en los artículos 99 y 104.

Siguiendo lo dispuesto en este articulado, en el caso de que concurren pena y medida de seguridad, el juez o el tribunal ordenará el cumplimiento en primer lugar de la medida de seguridad que se abonará para el tiempo del cumplimiento de la pena (art. 99 C.P). Una vez que se termina el cumplimiento de la medida de seguridad y si con la ejecución de la pena se contemplara la puesta en peligro de los efectos conseguidos con la medida de seguridad, se podría llegar a suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma. Con esto estaríamos ante una forma de proceder que respeta uno de los mandatos constitucionales recogidos en el artículo 25.2: la rehabilitación y reinserción social (Universidad de Cádiz, 2018).

En síntesis, y tal y como se recoge en la sentencia del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 2014 (STS 5235/2014), si el hecho se produjo bajo los efectos del brote esquizofrénico, se debe de aplicar la eximente completa del artículo 20.1 del C.P, si no se obró bajo dicho brote pero las circunstancias concretas del hecho revelan un comportamiento que puede atribuirse a esa enfermedad se debe de aplicar la eximente incompleta del artículo 21.1 del C.P, finalmente, si no hubo ni brote ni comportamiento anómalo en un supuesto concreto, nos encontramos ante una atenuante analógica del número 21.7 C.P sufrida como

consecuencia del residuo patológico (defecto esquizofrénico) que conserva quien padece la enfermedad de la esquizofrenia.

Con respecto a esta figura de la atenuante analógica debemos resaltar que se debe de inferir del fundamento de la atenuante que se emplee como referencia, es decir, debe de guardar relación con la circunstancia del artículo 21 de que se trate, en nuestro caso, debe de guardar semejanza con los artículos 20.1 y 21.1. (STS 1258/1999). En algunos casos muy excepcionales puede contemplarse como muy cualificada (STS 655/2003; 506/2002 y 32/2004).

Cerramos este apartado del análisis jurisprudencial de los casos de esquizofrenia comentando un aspecto de orden civil. En estos casos, aunque sean sujetos declarados inimputables, la responsabilidad civil no queda extinguida por la simple presencia de un trastorno mental, en este caso esquizofrenia, sino que esta responsabilidad debe de ser cumplida por el propio sujeto o por quienes lo tengan bajo su patria potestad o guarda legal de la manera en la que se contempla en los artículos 118.1 1º, 119 y 120.1 C.P.

Todos los aspectos mencionados en este apartado se verán ejemplificados en el análisis de sentencias que procederemos a realizar a continuación.

### ***Análisis práctico de sentencias y conclusiones***<sup>10</sup>

De las 40 sentencias analizadas hemos analizado y extraído información relevante sobre los siguientes aspectos: tipología delictiva más cometida por los sujetos aquejados de esquizofrenia, forma clínica de la esquizofrenia más prevalente, juicio de culpabilidad, tipo de procedimiento, consumo de sustancias estupefacientes comórbido con la presencia de esquizofrenia y apreciación de otras entidades psiquiátricas conjuntas con la esquizofrenia.

En primer lugar, hemos estudiado cuáles son los delitos que más cometen los sujetos que padecen psicosis esquizofrénicas. A este respecto, podemos señalar que el delito más encontrado en las sentencias analizadas ha sido el de asesinato (13), de los cuales 5 tentativas (STS 5974/1996; STS 2904/1995; STS 2039/2008; STS 487/2006 y STS 271/2004) y 8 consumados (STSJ 50/2018; STSJ 863/2018; STSJ 10/2013; STS 7358/2010; STS 2039/2008; STS 8904/2007; STS 5283/2007 y STS 2094/2018), seguido del delito de

---

<sup>10</sup> Para observar este análisis de manera más clara, obsérvese el ANEXO 1.

homicidio (9), tres tentativas (STS 7370/2011; STS 8836/2007 y SAP 480/2010) y 6 consumados (STSJ 50/2018; STS 2741/1997; STS 842/2018; STS 2230/2011; STS 1967/2005 y (STSJ 2429/2003), robo (7) (STS 3557/2005; STS 5674/2005; STS 1912/2000; STS 7821/1999; STS 5841/1999; STS 4416/1990 y SAP 11558/2017), delitos contra la salud pública (7) (STS 8203/2009; STS 5235/2014; STS 8836/2007; STS 1204/2002; STS 6470/1999; STS 5733/1998 y STS 208/1997), lesiones (5) (STS 2904/1995; STS 7358/2010; STS 6470/1999; STS 5841/1999 y SAP 245/2019), abuso y agresión sexual (3) (STS 3557/2005; STS 8417/2000 y SAP 11483/2017), delito de incendio (2) (STSJ 115/2019 y STS 487/2006), posesión ilícita de armas (2) (STSJ 50/2018 y STS 2741/1997), falsedad documental (1) (STSJ 50/2018), delito de maltrato (1) (SAP 100/2008), delito de amenazas (1) (SAP 100/2008), delito de estragos (1)(STS 6837/1996), hurto (1) (STS 2741/1997), atentado por medio peligroso (1) (STSJ 10/2013), conducción temeraria (1) (STSJ 10/2013), allanamiento (1) (STS 8904/2007), delito contra la autoridad (1) (STS 6470/1999) y quebrantamiento de medida cautelar (1) (SAP 1037/2009).

En segundo lugar se analizaron las distintas formas clínicas de la esquizofrenia presentes en las sentencias obteniendo los siguientes resultados, ordenados de mayor a menor presencia.

Podemos apreciar que la calificación más empleada en los tribunales españoles es la de “esquizofrenia paranoide” empleada en 22 sentencias (STS 2741/1997; STS 6837/1996; STSJ 10/2013; STS 7370/2011; STS 2230/2011; STS 2039/2008; STS 8904/2004; STS 8836/2007; STS 487/2006; STS 1967/2005; STSJ 2429/2003; STS 1204/2002; STS 8417/2000; STS 6470/1999; STS 5841/1999; STS 5733/1998; SAP 245/2019; SAP 480/2010; SAP 1037/2000; SAP 100/2008; SAP 11483/2017 y SAP 11558/2017), seguida de “esquizofrenia paranoide con ideas delirantes” en 8 sentencias (STSJ 50/2018 ; STS 5974/1996; STS 2904/1995; STSJ 863/2018 ;STS 842/2018; STS 7358/2010; STS 3557/2005 y STS 271/2004), “esquizofrenia paranoide con sintomatología psicótica aguda” y “esquizofrenia hebefrénica” en 2 sentencias respectivamente (STSJ 115/2019; STS 8203/2009 Y STS 2094/2018; STS 208/1997). Los conceptos “esquizofrenia”, “esquizofrenia crónica residual”, “defecto esquizofrénico”, “esquizofrenia crónica con ideación delirante”, “esquizofrenia residual” y “psicosis esquizofrénica” tan solo aparecen en una sentencia cada uno de ellos respectivamente (STS 5283/2007; STS 1912/2000; STS 7821/1999 y 4416/1990).

En tercer lugar, se ha procedido a estudiar las sentencias en base al juicio de culpa derivado del autor de los hechos delictivos, esto es, se intentó averiguar en cuántas sentencias los sujetos fueron declarados imputables, en cuántas semi imputables y en cuantas inimputables

En 4 de las 40 sentencias, el acusado ha sido declarado imputable (STSJ 50/2018; STS 5974/1996; STS 5235/2014; STSJ 2429/2003), en 25 el tribunal ha considerado al sujeto como semi imputable y por lo tanto con imputabilidad disminuida, hecho manifestado en la consideración de la esquizofrenia que padecía como eximente incompleta del art. 21.1 en 18 casos y de la apreciación de la atenuante analógica del artículo 21.7 bien con respecto al art. 21.1 bien con respecto al art. 20.1 en 6 de las 40 sentencias. Finalmente, los distintos tribunales han considerado en 12 de los 40 casos al procesado como inimputable, esto es, exento de responsabilidad criminal (STS 6837/1996; STS 2904/1995; STSJ 115/2019; STS 842/2018; STS 7358/2010; STS 5283/2007; STS 487/2006; STS 1967/2005; STS 271/2004; STS 1912/2000; STS 4416/1990 y SAP 11483/2017).

En todos los casos en los que el sujeto fue declarado inimputable, la condena dictó la imposición de la correspondiente medida de seguridad adaptada al caso concreto. En el caso de los sujetos declarados semi – imputables, esta medida de seguridad solo fue impuesta en 3 de los 25 casos de semi imputabilidad (STS 2741/1997; STSJ 863/2018 y STS 2094/2018) y, más en concreto, en aquellos casos en los que el sujeto había cometido un delito de asesinato.

En 14 de las 15 sentencias en las cuales fue impuesta una medida de seguridad, tan solo en un caso, ésta consistió en asistir a un centro de día donde recibiría tratamiento médico adecuado a la esquizofrenia que padecía (STS 6470/1999). En los demás casos, la medida de seguridad consistió en el ingreso en un centro psiquiátrico.

En cuarto lugar señalar que 34 de las 40 sentencias analizadas eran recursos de casación. La elección de este tipo de sentencia es clara; es la última posibilidad de apreciación del hecho. De los 14 recursos de casación admitidos 5 fallaban el cambio de eximente incompleta a completa (STS 6837/1996; STS 5283/2007; STS 487/2006; STS 1967/2005 y STS 1912/2000) y las restantes apreciaban la circunstancia de psicosis esquizofrénica con mayor entidad que en las sentencias precedentes, lo que lleva aparejado una reducción de la pena impuesta. De las restantes sentencias 4 eran recursos de apelación (STSJ 115/2019; STSJ 863/2018; STS 7370/2011 y STS 2230/2011) en los cuales se produjo una rebaja en la pena

final a raíz de la valoración de la psicosis esquizofrénica del sujeto y las otras dos restantes eran sentencias en primera instancia (STS 2039/2008 y STSJ 2429/2003).

En quinto lugar se estudió la forma de proceder del autor de la comisión del delito en relación a si ésta tuvo lugar de manera individual o acompañado de otras personas. A estos efectos, solo en 13 de las 40 sentencias el delito fue cometido por varias personas y, en las 25 restantes, el delito fue cometido de manera individual.

Finalmente, se intentó determinar la presencia de otras patologías psiquiátricas y/o consumo de sustancias como entidades que acompañaran a la esquizofrenia presentada por el acusado. Los resultados de este estudio arrojan que en 10 de las 40 sentencias el acusado presentaba consumo de sustancias además de la esquizofrenia, en 26 no presentaba ningún tipo de consumo y en 3 de las 40 sentencias no se determinó de forma clara el consumo pero los delitos consistían en transporte de sustancias estupefacientes (STS 5235/2014; STS 1204/2002 y STS 208/1997), de lo que se podría sospechar un consumo de las mismas.

Por último mencionar que solo en una sentencia (SAP 100/2008) se hace referencia a un trastorno psiquiátrico, en concreto a un trastorno de la personalidad como comórbido de la presencia de la esquizofrenia presentada por el sujeto.

### **Discusión y conclusiones**

La presencia de las psicosis esquizofrénicas en nuestros tribunales de justicia no es una realidad ajena a los profesionales que trabajan en dicho ámbito como tampoco lo es para los ciudadanos de a pié que, en numerosas ocasiones, reciben, a través de los medios de comunicación una visión poco realista y distorsionada de las características e implicaciones de este tipo de delitos (Esbec y Echeburúa, 2016).

La forma más característica de psicosis analizada en el presente trabajo, la esquizofrenia, presenta diversas formas clínicas y características, siendo las más frecuentes la esquizofrenia paranoide y la presencia de delirios y alucinaciones respectivamente. Esto concuerda con los resultados obtenidos de las sentencias analizadas donde, la forma clínica preponderante era la esquizofrenia paranoide.

Generalmente, en nuestro país, la mayoría de los delitos cometidos por un autor que presenta una psicosis esquizofrénica son contra las personas, especialmente homicidios y

asesinatos, siendo casos especialmente llamativos por la espectacular e inusual forma de comisión de los hechos. También la inmensa mayoría de los delitos que se cometen bajo este padecimiento se cometen en solitario y en un porcentaje medio- bajo, la presencia de psicosis esquizofrénica va acompañada por el consumo de sustancias. La presencia de otro trastorno psiquiátrico como acompañante de la psicosis esquizofrénica es por lo general en nuestro país, baja.

Cuando se presenta un caso de esquizofrenia paranoide en los tribunales españoles, se procede a poner en relación la forma clínica presente del acusado con los hechos delictivos realizados por el mismo. Para ello, se pide la opinión experta de peritos antes de emitir el fallo. La consideración aportada por estos profesionales se realiza tras poner en relación las características de la enfermedad presentes en el sujeto con los dos sistemas codificadores de los trastornos mentales en su versión actual, la CIE – 10 y el DSM-5, siendo elección personal de cada perito el empleo de uno u otro sistema de codificación. A pesar de esto, de forma más predominante y reciente, en la jurisprudencia se observan más referencias al DSM-5 (STS 82/2019; STS 39/2019 y STSJ 66/2019).

Con esta información dictada por estos profesionales de la psiquiatría y de la psicología, el juez procede a valorar dicha información psiquiátrica con el momento de la comisión de los hechos, por lo que la presencia o el diagnóstico de una psicosis esquizofrénica no determina, por defecto la exención de responsabilidad criminal. Del resultado de poner en relación el padecimiento psiquiátrico y el momento de los hechos se derivan una serie de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal (exención de responsabilidad, eximente incompleta o atenuante analógica) que conllevan aparejadas penas y medidas especiales en cada caso, siendo en nuestro país la eximente incompleta la valoración jurisprudencial más habitual que conlleva la declaración del sujeto como autor criminalmente responsable y la imposición de la correspondiente pena y la valoración de una medida de seguridad en el caso de considerarse pertinente.

Por lo tanto, vemos que la psiquiatría y el derecho aúnan su sabiduría para ponerla al servicio de los tribunales de justicia. Esta colaboración, así como la investigación futura en cuanto a las enfermedades psiquiátricas en general (y de las psicosis esquizofrénicas en particular) se torna imprescindible si pretendemos contar con un sistema de justicia más humano, científico y sensibilizado con la realidad constatada de la enfermedad mental en la sociedad.

## Referencias bibliográficas

- Agudo, E., Vallejo, M. y Perrino, Á. L. (2017). *Penas, medidas y otras consecuencias jurídicas del delito*. Madrid, España: Dykinson.
- Aladro, J. C., Bobillo, J., Faraldo- Cabana, P., Farto, T., Frías, E., Guinarte, G.,... Vázquez-Portomeñe, F. (2015). *Código penal comentado*. Barcelona, España: Bosch.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barrios, L. (2016). *Nuevos horizontes del derecho procesal*. Barcelona, España: Bosch.
- Bernardo, M., y Bioque, M. (2014). ¿Qué hemos aprendido de la investigación sobre primeros episodios psicóticos?. *Revista psiquiátrica de salud mental*, 7(2), 1-199.
- Bobes, J., Arango C., Garcia-Garcia, M. y Rejas J. (2011). Prevalence of negative symptoms in out-patients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice. *Journal Clinical Psychiatry*, 71(3), 280-286. doi: 10.4088/JCP.08m04250ye.
- Brennan, P., Mednick, S. A. y Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 494-500. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807490>.
- Arbach, K. y Pueyo, A. A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR- 20. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 174-186. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>.
- Al – Fawal, M. (2013). *Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal y enfermedad mental*. Barcelona, España: Bosch editor.
- Al – Fawal, M. (2015). *Psicopatología para juristas y criminólogos: cómo interpretar correctamente un informe pericial*. Barcelona, España: Letras de autor.
- Bleuler, M. (1911). *Dementia precox oder gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Alemania: Deuticke.

- Bobes, J., Arango C., Garcia-Garcia, M. y Rejas J. (2011). Prevalence of negative symptoms in out-patients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice. *Journal Clinical Psychiatry*, 71(3), 280-286. doi: 10.4088/JCP.08m04250ye.
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (1978). *Constitución española*. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (1979). Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>.
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>.
- Boletín Oficial del Estado (2019). *Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21538>.
- Cabrera, S., Chantal, M. y Lizardo, C. (2017). Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Revista neuropsiquiatría*, 80(1), 1-18. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3059>.
- Campos, R. (1997). Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio*, 49, 1-21. Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es>.
- Cervelló, V. (2016). *Derecho penitenciario*. Valencia, España: Tirant lo Blanc.
- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2010). *Tratado de psiquiatría legal y forense*. Madrid, España: La ley.
- Centro de investigación biomédica en red de salud mental (CIBERSAM) (2017). *Banco de instrumentos y metodologías en salud mental*. Ministerio de ciencia, innovación y universidades, Gobierno de España. Recuperado de <https://bi.cibersam.es/>.
- Checa, M. (2010). *Manual práctico de psiquiatría forense*. Madrid, España: Elsevier Masson.

- Chiswick, D. (2003). Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. En M.G. Gelder, J. J., López I. y Andreasen, N. (Eds.). *Tratado de psiquiatría III*. Barcelona, España: Psiquiatría Editores.
- De la Fuente- Tomás, L. Sánchez- Autet, M., García – Álvarez, L. González – Blanco, L., Velasco, Á., Sáiz, A. P., García – Portilla, M. P. y Bobes, J. (2019). Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2), 65-134. doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.08.002.
- Demetrio, E. (2017). *Fragmentos sobre neurociencia y derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: B de F.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica* 26, 70-79.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. H. (2008). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.
- Fuertes, J. C. (2017). *Manual de psiquiatría forense para jueces y fiscales*. Madrid, España: Thomsom Reuters Aranzadi.
- García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2013). Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(4), 1-9. doi. 10.1016/j.rpsm.2013.09.002.
- Gómez- Escolar, P. (2018). Enfermedad mental y prisión. A propósito de la STC 84/2018 de 16 de julio. *Diario La Ley*, 9285.
- Golcman, A. (2015). El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940. *Revista Americana de Historial Social*, 5, 150-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4959196.pdf>
- Hoenig, J. y Turner, T (2002). *Esquizofrenia*. En: Berrios, G. y Porter R. (Eds.). Una historia de la psiquiatría clínica (pp. 391-418). Madrid, España: Triacastela.
- Instituto nacional de salud mental. 2016. Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>.

- Keshavan, M., Tandon, E. y Nasrallah, H. (2013). Renaming schizophrenia: keeping up with the facts. *Schizophrenia Res*, 148(1-3), 1-2. doi 10.1016/j.schres.2013.06.037.
- Kraepeling, E. (1899). *Psychiatrie*. Leipzig, Alemania. Barth.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. e Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology*, 19(2), 421-438. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/230597922\\_Trastornos\\_mentales\\_como\\_factor\\_de\\_riesgo\\_de\\_victimizacion\\_violenta](https://www.researchgate.net/publication/230597922_Trastornos_mentales_como_factor_de_riesgo_de_victimizacion_violenta).
- Miret, S., Fatjó- Vilas, M., Peralta, V. Y Fañanás, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 111-122. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.007>.
- Mir- Puig, S. (2015). *Derecho penal. Parte general*. Madrid, España: Reppertor.
- Molina, F., Martínez, L., Frigols y Brines, E. (2019). Imputabilidad y causas de inimputabilidad. Memento práctico. *Francis Lefebvre Penal*, 3, 243-296.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American psychologist*, 47(4), 511-521. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.4.511>.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 503-508. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-53.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf).
- Morales, F. y Quintero, G. (2015). *Derecho penal. Parte general*. Madrid, España: Aranzadi.
- Palma, C., Cañete, J., Farriol, N., Soler, F. y Julià, J. (2005). First episode psychosis: clinical characteristics and substance abuse style in patients at the acute care unit. *Clinical and Health Psychology*, 21(2), 286-293. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26881>.
- Pérez, E. (2015). *Psicología, derecho penal y criminología*. Bogotá, Colombia: Editorial Temis.

- Pérez, T. (2018). Breve historia del DSM. *Psicosalud*. Recuperado de:  
<https://psicosaludtenerife.com/2018/08/14/breve-historia-del-dsm/>.
- Real Academia Española (RAE). Diccionario de la lengua española en línea. Recuperado de  
<http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>.
- Rubio, G. (2014a). Historia de la psiquiatría. Concepto de enfermedad mental. En Rubio, G. (Dir.), *Fundamentos de psiquiatría* (pp. 3-11). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Rubio, G. (2014b). Trastornos psicóticos. Concepto de enfermedad mental. En Rubio, G. (Dir.), *Fundamentos de psiquiatría* (pp. 103-126). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 52-59. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-52-59-311703.pdf>.
- Rus- Calafel, M. y Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 111, 89-93
- Serpa, R., Carvajal, R., Rodríguez, E., Galvis, U. y Rodríguez, L. (2016). Sistema de evaluación y diagnóstico en psiquiatría forense. *Revista de Derecho y Ciencias políticas*, 71, 147-153. Recuperado de  
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/derecho/article/view/6156>.
- Schneider, C. (1950). *Die schizophrene symptomten verband*. Munich, Alemania: Editorial Springer
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: The basic symptom concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 5-8.  
doi: 10.1093/schbul/sbn139.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. y Keshavan, M.S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizoprr Res*, 110(1-3), 1-23. doi 10.1016/j.schres.2009.03.005.

- Teplin, L., Karen, M. y McClelland, G. (1993). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees?. *American Psychologist*, 46(4), 335-342. Recuperado de [psychrights.org/Research/Digest/.../MIasViolencePredictor.pdf](https://psychrights.org/Research/Digest/.../MIasViolencePredictor.pdf).
- Torrey, E., Jonahan, M., Stanley, J. Monahan, D., Henry, J. y Steadman, D. The McArthur Violence Risk Assessment Study Revisited. *Psychiatric Services*, 59(2), 147-152. Recuperado de <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2008.59.2.147#>.
- Universidad de Cádiz (UCA) (2018). *Introducción al derecho penal. Las medidas de seguridad*. Recuperado de <https://ocw.uca.es/course/view.php?id=39>.
- Vallejo, J. (2015a). Esquizofrenia. En Vallejo, J. (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 226-234). Barcelona, España: Masson.
- Vallejo, J. (2015b). Psiquiatría jurídica y forense. En Vallejo, J. (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 654-672). Barcelona, España: Masson.
- Vilagrà, R. y Barrantes-Vidal, N. (2015). Anomalías de la experiencia subjetiva en psicosis: concepto y validación empírica del modelo de los síntomas básicos. *Salud mental*, 38(2), 139-146.
- Wesseley, S. (1997). The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Brain Journal of Psychiatry*, 32, 8-11.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Zárate, A. y González, E. (2019). *Derecho Penal: Parte General*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces

## Índice jurisprudencial

STS 4416/1990 de 8 de junio

STS 150/1991 de 4 de julio

STS 2904/1995 de 23 de Mayo

STS 5974/1996 de 30 de Octubre

STS 6837/1996 de 30 de Noviembre

STS 208/1997 de 20 de enero

STS 2741/1997 de 19 de Abril

STS 896/ 1997 de 20 de Junio

STS 5733/1998 de 8 de octubre

STS 1258/1999 de 17 de septiembre

STS 6470/1999 de 18 de octubre

STS 5841/1999 de 27 de septiembre

STS 7821/1999 de 9 de diciembre

STS 1912/2000 de 10 de marzo

STS 8417/2000 de 20 de noviembre

STS 1204/2002 de 21 de febrero

STS 1707/2002 de 18 de octubre

STS 1717/2002 de 18 de octubre

STSJ 2429/2003 de 23 de enero

STS 372/2003 de 7 de abril

STS 862/2004 de 28 de junio

STS 986/2004 de 26 de octubre

STS 1219/2004 de 16 de diciembre

STS 406/2005 de 23 de marzo

STS 655/2003 de 8 de mayo

STS 271/2004 de 23 de enero

STS 1967/2005 de 1 de abril

STS 3557/2005 de 2 de junio

STS 5674/2005 de 29 de septiembre

STS 487/2006 de 13 de enero

STS 1337/2006 de 22 de diciembre

STS 629/2007 de 8 de junio

STS 5283/2007 de 18 de julio

STS 8836/2007 de 26 de noviembre

STS 8904/2007 de 20 de diciembre

SAP 100/2008 de 7 de marzo

STS 2039/2008 de 9 de mayo

STS 175/2008 de 14 de mayo

STS 162/2009 de 12 de febrero

STS 143/2009 de 11 de marzo

SAP 1037/2009 de 6 de abril

STS 466/2009 de 2 de julio

STS 8203/2009 de 10 de diciembre

SAP 480/2010 de 26 de marzo

STS 7358/2010 de 21 de diciembre

STS 32/2011 de 25 de enero

STS 2230/2011 de 30 de marzo

STS 7370/2011 del 16 de noviembre

STS 216/2012 de 1 de febrero

STSJ 10/2013 de 12 de marzo

STS 5235/2014 de 10 de diciembre

STS 411/2016 de 17 junio

SAP 11558/2017 de 10 de octubre

SAP 11483/2017 de 19 de septiembre

STSJ 863/2018 de 5 de Febrero

STSJ 50/2018 del 12 de Marzo

STS 842/2018 de 25 de abril

STS 2094/2018 de 6 de junio

STSJ 115/2019 de 19 de enero

STS 66/2019 29 de enero

STS 39/2019 de 30 de enero

STS 82/2019 de 15 de febrero

SAP 245/2019 de 15 de febrero

Anexo 1: Análisis jurisprudencial completo

Tabla A1.

*Listado de sentencias*

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
1.STS J 50/2018 FECHA- 12/3/2018 ÓRGANO- TSJ. Sala de lo Civil y lo Penal. SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – Penal. Jurado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079310012018100004	Entre los años 2010 y 2015, el acusado procedió a dar muerte a su tía y a una conocida deshaciéndose después de los cuerpos con maquinaria industrial de su propiedad. Así mismo, giró recibos y falsificó la firma de su tía para lucrarse en su nombre. Finalmente se le incauta en su casa un cañón de pistola que poseía sin la debida autorización.	1. Delito de asesinato 2. Delito de asesinato 3. Delito continuado de estafa 4. Delito de falsedad documental 5. Delito de tenencia ilícita de armas	1. 12 años e inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena 2. 12 años e inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena 3. 21 meses y un día de prisión e inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo 4. 6 meses de prisión e inhabilitación para el derecho de sufragio pasivo más una	Atenuante simple de alteración mental. Artículo 21.7 en relación con 21.1 y 20.1.	Esquizofrenia paranoide con ideas delirantes	Imputable. Capacidad intelectual y volitiva preservada. Limitación breve.

Tabla A1 (continuación)

Sentencia	Tipo de delito (supuesto de hecho)	Consecuencia para el autor (calificación jurídica)	Pena (fallo)	Circunstancias modificativas	Forma clínica y otros trastornos	Juicio psiquiátrico- forense
<p>2.STS 2741/1997 FECHA- 19/04/1997 ÓRGANO- TS sala de lo penal SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011997102 601</p>	<p>El acusado decidió atracar un establecimiento acompañado con un compañero. Para ello se dirigieron a la casa del primero y cogieron una escopeta y entraron en un local con una bolsa deportiva de su ciudad dispuestos a llevarse el dinero. Fueron reconocidos por un testigo que intentó disuadirlos y el acusado le disparó por la espalda causándole la muerte</p>	<p>1. robo con homicidio doloso 2. tenencia ilícita de armas 3. hurto</p>	<p>5. multa de 6 meses con cuota de 3 euros 6. 1 año de prisión e inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo que dure la condena</p> <p>1. 18 años de reclusión menor e inhabilitación absoluta por el mismo tiempo 2.tres meses de arresto mayor con suspensión de cargo público 3. multa de 100 mil pesetas 4. posibilidad de imposición de medida de seguridad</p>	<p>Eximente incompleta de enajenación mental</p>	<p>Esquizofrenia paranoide y consumo de drogas</p>	<p>Conservaba en buena medida sus capacidades intelectivas y volitivas</p>

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
3.STS 6837/1996 FECHA- 30/11/1996 ÓRGANO- TS. Sala de lo Penal. SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – Recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011996101826	Entre los años 1993 y 1994, Carlos Alberto procede a cortar los raíles del tren en 3 puntos distintos consiguiendo con esto el descarrilamiento del convoy.	1. Delito de estragos	1. Absolución pero internamiento en un centro psiquiátrico especializado 2. Anteriormente condenado a una pena de 6 años por cada delito de estragos.	Eximente completa de enajenación mental del CP ( artículo 8 del CP de 1974)	Esquizofrenia paranoide	Inimputable. Facultades volitivas notable y gravemente alteradas y una no grave e íntegra disminución de sus capacidades intelectivas.
4. STS 5974/ 1996 FECHA- 30/10/1996 ÓRGANO- TS. Sala de lo Penal. SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – Recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011996101755	Entre los años 19926 y 1994, la acusada intentó en numerosas ocasiones asesinar a su hija para evitar que el padre obtuviera la custodia de la misma.	1. Tres delitos de parricidio en grado de frustración.	1.10 años de prisión mayor por cada uno de los intentos parricidas	Eximente incompleta	Esquizofrenia paranoide sin ideas delirantes	Imputable. La esquizofrenia limitaba de forma ostensible sus facultades, especialmente su voluntad, pero sin llegar a anularlas.
5.STS 2904/1995 Fecha – 23/5/1995 ÓRGANO- TS. Sala de lo Penal. SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – Recurso de casación IDENTIFICACIÓN 28079120011995103	El acusado, a principios de 1994 intenta asesinar a su hermana y a su cuñado para evitar que lo internaran en un centro psiquiátrico por la esquizofrenia paranoide que padecía	1. Asesinato en grado de frustración 2. Delito de lesiones consumado	1. Absuelto pero internamiento en un centro psiquiátrico 2. Condenado anteriormente a 11 años de prisión y 5 meses de arresto mayor por ambos delitos	Eximente completa de enajenación mental del CP ( artículo 8 del CP de 1974)	Esquizofrenia paranoide con presencia de delirios	Inimputable. Facultades intelectivas y volitivas notablemente disminuidas.

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
6. STSJ 863/2018 Fecha – 05/02/2018 ÓRGANO- T SJ SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – Penal. Apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 280793100012018100024	El acusado en el año 2015 da muerte a un anciano indefenso y dependiente.	1. Asesinato (139.1.1 CP 1995)	1. 6 Años de prisión 2. Inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena 3. Costas de la acusación particular 4. indemnización a los familiares del fallecido 5. Internamiento en centro psiquiátrico penitenciario por tiempo máximo de 20 años	Eximente incompleta de alteración psíquica del artículo 21.1 CP – reducción en dos grados de la pena	Esquizofrenia paranoide con ideaciones delirantes de referencia y perjuicio.	Imputable. Facultades mentales gravemente disminuidas pero los delirios no estaban relacionados con el delito.
7. STSJ 115/ 2019 Fecha – 19/01/2019 ÓRGANO- T SJ SEDE - A Coruña PROCEDIMIENTO – Recurso de apelación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 15030310012019100006	El acusado prendió fuego a un sofá de su salón y el incendio causó estragos en el edificio y puso en peligro la vida de sus vecinos	Delito de incendio con peligro para la vida o la integridad física	Absolución – libertad vigilada por 5 años con obligación de seguir el tratamiento médico externo de su enfermedad en el hospital + indemnización	Eximente completa de anomalía o alteración psíquica	Esquizofrenia paranoide con presencia de sintomatología psicótica aguda	Inimputable. Anuladas completamente sus facultades intelectivas y volitivas.
8. STS 842/2018 Fecha – 25/04/2018 ÓRGANO- T SJ SEDE - A Coruña PROCEDIMIENTO – penal. Apelación procedimiento	El acusado tiró a su mujer por una ventana de su vivienda cayendo ésta al patio interior falleciendo instantes después	Delito de homicidio	Absolución – internamiento en un establecimiento adecuado al tipo de su alteración psíquica por un periodo máximo de 14 años +	Eximente completa de alteración psíquica	Esquizofrenia paranoide con ideación delirante de tipo daño/ perjuicio de tipo persecutorio	Inimputable. Anuladas completamente sus facultades intelectivas y volitivas.

Tabla A1 (continuación)

Sentencia	Tipo de delito (supuesto de hecho)	Consecuencia para el autor (calificación jurídica)	Pena (fallo)	Circunstancias modificativas	Forma clínica y otros trastornos	Juicio psiquiátrico- forense
abreviado (anteriormente tramitado en tribunal de jurado del juzgado de violencia de género) IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 15030310012018100 011			indemnización			
9- STSJ 10/2013 Fecha – 12/03/2013 ÓRGANO- TSJ SEDE - Pamplona PROCEDIMIENTO – Recurso de Ley de jurado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 31201310012013100 004	El acusado había discutido anteriormente con un empleado de un bar que le solicitó que dejara de acosar a una mujer. Horas después se acercó al bar y le asestó tres navajazos al hombre con el que había discutido provocándole el fallecimiento horas más tarde. A continuación cogió su vehículo y condujo de manera temeraria haciendo caso omiso a las señales de los agentes de la policía municipal	1. Asesinato calificado por alevosía 2. atentado por medio peligroso 3. conducción temeraria con desprecio por la vida de los demás con la agravante de reincidencia	1. 18 años de prisión con pena accesoria de inhabilitación absoluta durante el tiempo de condena con prohibición de acercarse a las víctimas 2. 3 años de prisión e inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo. 3. cuatro años de prisión e inhabilitación especial para el ejercicio de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena 4. pago de costas procesales	No concurren	Esquizofrenia paranoide	Imputable por considerar que las facultades cognitivas y volitivas no estaban afectadas por la esquizofrenia paranoide que padecía.

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
10- STS 7370/ 2011 Fecha – 16/11/2011 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal- apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012011101 135	El acusado, que vivía en el domicilio con su madre, sin motivo aparente y con intención de causarle la muerte, acuchilló a su madre en el costado con la intención de causarle la muerte. La lesión necesitó tratamiento quirúrgico y hospitalización durante 15 días	1. delito de homicidio en grado de tentativa	1. dos años y tres meses de prisión con inhabilitación especial del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena y al pago de las costas procesales 2. prohibición de aproximarse a la víctima por tiempo de 5 años superior a la pena de prisión	Eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica y agravante de parentesco	Esquizofrenia paranoide	Semi imputable. El procesado tenía moderadamente alteradas sus facultades cognitivas y volitivas debido a que no estaba recibiendo el tratamiento pautado
11- STS 2230/ 2011 Fecha – 30/03/2011 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal- procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012011100 262	El acusado, que pretendía mantener una relación sentimental con su víctima en vistas de que ésta había comenzado una nueva relación sentimental, la esperó a la salida de su domicilio y le propinó varias cuchilladas en la zona del hemotórax que le causaron la muerte.	1. delito de homicidio	1. pena de prisión de 12 años y 6 meses con la accesoria de inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena.	Atenuante analógica de anomalía o alteración psíquica	Esquizofrenia paranoide	No existía relación entre la enfermedad y los hechos cometidos y el comportamiento anómalo era fruto del residuo patológico

Tabla A1 (continuación)

Sentencia	Tipo de delito (supuesto de hecho)	Consecuencia para el autor (calificación jurídica)	Pena (fallo)	Circunstancias modificativas	Forma clínica y otros trastornos	Juicio psiquiátrico- forense
12- STS 7358/ 2010 Fecha – 21/12/2010 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal- procedimiento abreviado/sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012010101 101	La acusada mientras se encontraba dando un paseo portando un cuchillo de grandes dimensiones se encontró con un vecino en un portal y acercándose a él lo acuchilló 3 veces provocándole la muerte. A continuación pidió un taxi y se paró a comprar toallas y 5 cuchillos más y subiéndose nuevamente al taxi, pidió al taxista que se acercara a un transeúnte, se bajó del taxi y sin mediar palabra le acuchilló, infringiéndole lesiones.	1. asesinato 2. delito de lesiones en grado de tentativa acabada	1. internamiento por un tiempo no superior a 18 años y 9 meses para recibir tratamiento psiquiátrico	Eximente completa de anomalía o alteración psíquica	Esquizofrenia paranoide con sintomatología alucinatoria y delirante	Distorsión grave de la capacidad de juicio y consciencia de la realidad sufriendo un brote psicótico en el momento de los hechos que anuló plenamente sus capacidades intelectivas y volitivas.
13- STS 8203/2009 Fecha – 10/12/2009 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación ID Cendoj 28079120012009101	El acusado circulaba en un vehículo cuando fue sorprendido por la Guardia Civil portando 270 gramos de cocaína	1. delito contra la salud pública	1. prisión de dos años y multa de 20700 euros. Pago de las costas procesales y responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa	Atenuante muy cualificada del artículo 21.1 en relación con el artículo 20.1	Esquizofrenia paranoide y brotes psicóticos	Mermaidas sus capacidades intelectivas y volitivas en el momento de cometer el delito

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
14- STS 2039/ 2008 Fecha – 09/05/2008 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – procedimiento abreviado/sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012008100 225	El acusado procede a dar muerte a dos de sus vecinos en defensa de su madre que se había sentido atacada por la postura que sus vecinos habían tomado contra ella.	1. delito de asesinato consumado 2. asesinato en grado de tentativa	1. 7 años y 5 meses de prisión más inhabilitación especial y prohibición de comunicación y aproximación a los familiares de la víctima 2. 3 años y 8 meses de prisión más las anteriores prohibiciones con distinta duración	Eximente incompleta de alteración psíquica	Trastorno psicótico de tipo paranoide	En el momento de los hechos tenía alterada de forma parcial su capacidad cognitiva y gravemente la volitiva, pero sin llegar a anularlas
15- STS 5235/ 2014 Fecha – 10/12/2014 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012014100 845	El acusado introdujo en nuestro país por medio de una lancha sustancias tóxicas ilegales que ponían en peligro la salud pública de sus conciudadanos.	1. Delito contra la salud pública	1. prisión de 4 años y 5 meses, multa y responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa	No concurren	Esquizofrenia	No tenía alteradas sus capacidades intelectivas y volitivas en grado alguno

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
16- STS 8904/2007 Fecha – 20/12/2007 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012007101 127	El acusado, que tenía problemas con su vecino debido a disputas por el negocio de la droga que ambos compartían irrumpió en su casa y procedió a darle muerte tras propinarle varias cuchilladas	1. delito de asesinato 2. allanamiento de morada	1.20 años de prisión con inhabilitación absoluta durante el tiempo que dure la condena 2. 8 meses de prisión con la accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo	Atenuante por analogía del 21.7 en relación con el 21.1	Esquizofrenia paranoide de remisión incompleta	Afectación parcial de su capacidad cognitiva y plena conservación de la volitiva
17- STS 8836/ 2007 Fecha – 26/11/2007 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal – apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012007101 106.	El acusado portaba en su mochila una cantidad elevada de heroína fruto del tráfico que efectuaba con otros de sus compañeros metidos en el negocio.	1. delito contra la salud pública de sustancias que causa grave daño a la salud	1. prisión de 4 años y seis meses y pena de multa	Eximente incompleta	Esquizofrenia paranoide	Indudable deterioro de sus capacidades intelectivas y volitivas

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Penas (fallos)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
18- STS 5283/2007 Fecha – 18/07/2007 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal, procedimiento abreviado. sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012007100680	El acusado, que compartía vivienda con su hermana, procedió, sin motivo alguno a golpearla con un hacha causándole numerosas heridas que desembocaron en su muerte por su pérdida masiva de sangre	1. delito de asesinato	1. absolución 2. Internamiento en un centro psiquiátrico por un tiempo máximo de 20 años con el mantenimiento de la indemnización	Eximente completa	Esquizofrenia crónica residual	Facultades intelectivas y volitivas severamente alteradas
19- STS 487/2006 Fecha – 31/01/2006 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012006100078	El acusado, que se encontraba en su casa acompañado de su madre y de su abuela procedió a rociar a su madre con un inflamable para a continuación prenderle cuerpo ocasionándole quemaduras en el 15% del cuerpo. El fuego ocasionado se propagó por las viviendas de los vecinos causando múltiples estragos.	1. delito de asesinato en grado de tentativa en concurso con delito de incendio	1. absolución 2. Imposición de la medida de seguridad prevista en el artículo 101 CP por un tiempo de 20 años no pudiendo revisarse hasta los 8 años de cumplimiento	Eximente completa 20.1	Esquizofrenia paranoide y agravante de parentesco	Merma muy importante de sus capacidades intelectivas y volitivas

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
20- STS 3557/2005 Fecha – 02/06/2005 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal, procedimiento abreviado/sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 2879120012005100699	El acusado, actuando con un amigo suyo robó a la víctima y abusó posteriormente de ella usando preservativo	1. delito de robo con violencia e intimidación 2. dos delitos de agresión sexual de los artículos 178 y 179	1. 11 meses de prisión con inhabilitación especial 2. 2 años y medio de prisión por cada uno de los delitos con igual pena de inhabilitación especial para el ejercicio de sufragio pasivo	1. agravante de reincidencia en el delito de robo 2. eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica	Esquizofrenia paranoide con ideación delirante primaria, alucinaciones auditivas y visuales, lenguaje extravagante y pseudofuga del pensamiento	Afectación de las bases psicobiológicas de la imputabilidad
21- STS 5674/ 2005 Fecha – 29/09/2005 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal, apelación procedimiento abreviado. IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012005101124	El acusado acompañado ayudó a un amigo a robar los fondos económicos de otra persona conocida. Para ello asaltó a la víctima y procedió al registro de dos viviendas de su propiedad propinándole golpes en todo momento, paliza que se incrementó al no conseguir lo que se preveía en el registro de las viviendas.	1. delito de robo con violencia 2. delito de homicidio en grado de tentativa	1. pena de prisión de 4 años 2. prisión de 6 años y la inhabilitación del derecho de sufragio pasivo durante el mismo periodo	Atenuante analógica 21.7 de anomalía o alteración psíquica Agravante de abuso de superioridad	Defecto esquizofrénico como consecuencia del residuo patológico	Las consecuencias del residuo no eran suficientemente intensas para atenuar su inteligencia y su voluntad

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
22- STS 1967/ 2005 Fecha – 01/04/2005 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal, procedimiento abreviado/sumario. IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012005100487	El acusado acude a un mercadillo con un cuchillo escondido y ante la imposibilidad de atacar a una mujer que se esconde decide ir a por dos hermanas, una de las cuales es agarrada por el acusado gracias al efecto sorpresa y le asesta dos cuchilladas en una zona vital que terminan con su vida.	1. delito de homicidio	1. internamiento en centro psiquiátrico por 11 años y 3 meses	Absolución Eximente completa en casación anteriormente eximente incompleta	Esquizofrenia paranoide	No tenía capacidad de comprender la ilicitud del hecho ni de actuar conforme a esa comprensión por encontrarse en una fase aguda de su enfermedad
23- STS 271/2004 Fecha – 23/01/2004 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 2807912001200410073	El procesado se dirigió a la cocina y asiendo un cuchillo de grandes dimensiones procesión a darle más de 30 puñaladas a su mujer, la cual logró repeler la agresión y en ese momento el acusado aprovechó para intentar ahogarla. Por estas lesiones, la víctima precisó tratamiento quirúrgico y hospitalización durante más de un mes.	1. asesinato en grado de tentativa	1. internamiento en centro psiquiátrico por un máximo de 20 años	Absolución Eximente completa de anomalía psíquica	Esquizofrenia paranoide con ideas delirantes	Facultades intelectivas y volitivas completamente alteradas debido al brote de la esquizofrenia que padecía en el momento de los hechos.

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
24- STSJ 2429/2003 Fecha – 23/01/2004 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – penal- jurado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 2807912001200410073	El acusado procedió a dar muerte a no de sus parientes	1. delito de homicidio	1. prisión de 12 años y 6 meses, inhabilitación absoluta durante el tiempo que dure la condena abono de las costas procesales y abono a los herederos.	Agravante de parentesco	Esquizofrenia paranoide por la que estaba cobrando una paga	No alteraba sus capacidades intelectivas y volitivas
25- STS 1204/2002 Fecha – 21/02/2002 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012002102642	El acusado cometió un delito de tráfico de drogas de notoria importancia ayudado por una conocida	1. delito de tráfico de drogas	1. 5 años de prisión con inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo	Eximente incompleta de enajenación mental	Esquizofrenia paranoide	Se consideró que las capacidades intelectivas y volitivas están disminuidas pero no en un grado muy elevado
26- STS 8417/ 2000 Fecha – 20/11/2000 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012000103	El acusado acordó con su amigo de prisión intercambiar los datos de los menores de edad que conocieran para poder abusar de ellos sexualmente después.	1. 4 delitos continuados de abuso sexual consistente en penetración bucal 2. dos delitos de abuso sexual consistente en penetración bucal	1. 4 años y 9 meses de prisión por cada uno de los 4 delitos continuados de abuso sexual 2. 2 años y tres meses de prisión por cada uno de los dos delitos de abuso sexual	Atenuante analógica por efecto del residuo de la esquizofrenia que padece Abuso de superioridad Reincidencia	Esquizofrenia paranoide	No presenta alteración de las capacidades intelectivas y volitivas.

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Penal (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
27- STS 1912/ 2000 Fecha – 10/03/2000 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012000103488	El acusado entró en un establecimiento y le pidió a la dependienta que le diera dinero, como ésta le dijo que no tenía cogió un destornillador que estaba encima del mostrador y se lo puso en el cuello amenazándola. Con todo, la dependienta logró huir y pedir ayuda.	1. delito de robo en grado de tentativa	Posibilidad de imposición de una medida de seguridad del artículo 101 si se considera pertinente	Absolución Eximente completa del 20.1	Esquizofrenia paranoide crónica presentando ideación delirante de tipo místico - megalomaniaco	Anulación completa de las capacidades intelectivas y volitivas
28- STS 7821/ 1999 Fecha – 09/12/1999 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011999102488	El procesado intentó acceder a dos viviendas, a una de ellas escalando y a la otra forzando la puerta pero no pudo acceder al interior de ninguna de ambas puesto que fue descubierto por terceros.	1. delito de robo con fuerza intentado 2. delito de robo con intimidación	1. 12 arrestos de fin de semana 2. 7 meses de prisión	Eximente incompleta	Psicosis esquizofrénica residual	Mermaba en buena parte sus facultades intelectivas y volitivas

Tabla A1 (continuación)

Sentencia	Tipo de delito (supuesto de hecho)	Consecuencia para el autor (calificación jurídica)	Pena (fallo)	Circunstancias modificativas	Forma clínica y otros trastornos	Juicio psiquiátrico- forense
29- STS 6470/1999 Fecha – 18/10/1999 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011999101 941	El acusado emprende la fuga en su vehículo al observar el coche patrulla de la guardia civil. Ésta consigue detener el vehículo y le ordena salir del mismo. El acusado entonces tira hacia dentro del vehículo unos papeles de cocaína y, al salir del mismo, procede a darle patadas a los agentes de la autoridad siendo finalmente detenido.	1. delito contra la salud pública del artículo 368 2. delito de resistencia a la autoridad 3. falta de lesiones	1. 3 años de prisión y multa 2. seis meses de prisión 3. pena de arresto de 3 fines de semana Pago de costas.	Atenuante	Esquizofrenia paranoide	No actuó en el momento del padecimiento del brote y su comportamiento era resultado del residuo de la enfermedad que presentaba
30- STS 5841/1999 Fecha – 27/09/1999 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011999101 985	El acusado se encontraba caminando acompañado cuando se acercó a una viandante y le cortó la correa del bolso. Acto seguido entró en una finca e intentó repetir la operación pinchando a la inquilina de una vivienda.	1. Delito de robo con intimidación 2. delito de robo con intimidación intentado 3. falta de lesiones	1. tres años y seis meses de prisión 2. dos años de prisión 3. arresto de tres fines de semana	Eximente incompleta de enajenación mental Adicto al consumo de cocaína y heroína	Esquizofrenia paranoide	Facultades intelectivas y volitivas alteradas moderadamente

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Penal (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
31- STS 5733/1998 Fecha – 08/10/1998 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011998102723	Se comprobó que el procesado, que llevaba tiempo siendo investigado, era autor de un delito contra la salud pública por traficar cocaína en cantidad de notoria importancia.	1. delito contra la salud pública	1. nueve años y seis meses de prisión y multa de 50 millones más inhabilitación especial del derecho de sufragio pasivo durante la condena	Atenuante del 21.7	Esquizofrenia paranoide	Facultades intelectivas y volitivas afectadas debido al efecto residual de la enfermedad
32- STS 4416/1950 Fecha – 08/06/1990 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – recurso de casación IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011990108569	Tras saltar una pared de un patio interior y romper la reja de una ventana el acusado penetró en un establecimiento de juegos recreativos apoderándose del dinero del establecimiento. Dos días más tarde repitió la operación forzando de nuevo la máquina tragaperras y robando aparatos electrónicos.	1. delito de robo continuado	1. internamiento en establecimiento destinado a enfermos mentales	Eximente completa (enajenación mental)	Psicosis esquizofrénica	Facultades intelectivas y volitivas plenamente alteradas

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
33- SAP 245/2019 Fecha – 15/02/2019 ÓRGANO- A. Provincial SEDE - Palmas de Gran Canaria PROCEDIMIENTO – penal. Apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 35016370012019100 069	El acusado entró en el garaje detrás de la víctima y se acercó a la víctima dándole un golpe en la cabeza por la espalda, lo agarró del pecho y lo tiró sobre el capó del vehículo cayendo al suelo donde le propinó varias patadas y le pisó con fuerza en el pecho. Como resultado, la víctima sufrió un TCL leve precisando asistencia médica	1. delito de lesiones del 147.1	1. un año de prisión con inhabilitación del derecho al sufragio pasivo durante el tiempo de la condena y la prohibición de acercarse a la víctima o al domicilio de la misma.	Atenuante de alteración psíquica prevista en el artículo 21.7 en relación con los artículos 21.1 y 20.1 del mismo código	Esquizofrenia paranoide	Capacidades intelectivas y volitivas moderadamente afectadas, pudiendo diferenciar entre el deber y el poder, lo que está bien y lo que está mal.
34- STS 2094/ 2018 Fecha – 06/06/2018 ÓRGANO- TS SEDE - Palmas de Gran Canaria PROCEDIMIENTO – Penal. Jurado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120012018100 273	El acusado intentó golpear de forma sorpresiva a su madre provocándole un estado de aturdimiento y conmoción. Valiéndose de esto, la maltrató hasta asfixiarla con una bolsa.	1. delito de asesinato de los artículos 139.1 en relación con el artículo 140 del CP	1. 18 años de prisión, inhabilitación absoluta durante el tiempo de condena y costas del proceso 2. medida de seguridad de internamiento para tratamiento médico en centro psiquiátrico adecuado a su dolencia por tiempo máximo de 25 años.	Eximente incompleta sumado al consumo de sustancias y agravante de parentesco	Esquizofrenia hebefrénica	Facultades intelectivas y volitivas gravemente alteradas

Tabla A1 (continuación)

Sentencia	Tipo de delito (supuesto de hecho)	Consecuencia para el autor (calificación jurídica)	Pena (fallo)	Circunstancias modificativas	Forma clínica y otros trastornos	Juicio psiquiátrico- forense
35- SAP 480/ 2010 Fecha – 26/03/2010 ÓRGANO- A. Provincial SEDE - Palmas de Gran Canaria PROCEDIMIENTO – sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 35016370022010100 169	El acusado se reunió con un menor de edad en una vivienda abandonada y, sin motivo le agredió brutalmente apuñalándole varias veces en los testículos y dándole un cabezazo. Intentó pincharlo con dicha arma blanca y golpearle la cabeza con una piedra. Como resultado, la víctima necesitó intervención quirúrgica debido a las graves lesiones que le habían infringido.	1. delito de homicidio en grado de tentativa	1. dos años de prisión, inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo e indemnización a la víctima más el pago de las costas	Eximente incompleta de enajenación mental	Esquizofrenia paranoide	Facultades intelectivas y volitivas considerablemente disminuidas.
36- STS 208/ 1997 Fecha – 20/01/1997 ÓRGANO- TS SEDE - Madrid PROCEDIMIENTO – sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 28079120011997102 667	El procesado fue descubierto conduciendo de forma peligrosa por la policía y ante la su no capacidad para poder explicar su forma de conducción fue detenido y cacheado y se descubrió en el dobladillo de su ropa cannabis y cocaína.	1. delito de tráfico de drogas	1. cuatro meses de arresto mayor y multa de 200 mil pesetas más el pago de las costas procesales	Eximente incompleta de enajenación mental	Esquizofrenia hebefrénica	El sujeto no estaba, en el momento de comisión de los hechos en un brote álgido pero sí tenía afectadas sus facultades intelectivas y volitivas.

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Pena (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
37- SAP 1037/2009 Fecha – 06/04/2009 ÓRGANO- Audiencia Provincial SEDE - Valencia PROCEDIMIENTO – Penal. Apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 46250370042009100 114	El acusado se personó en la casa de su madre pese a la prohibición expresa de hacerlo debido a la orden de alejamiento que tenía impuesta	1. delito de quebrantamiento de medida cautelar	1. 3 meses de prisión e inhabilitación especial para el ejercicio de sufragio pasivo durante el tiempo de condena además del pago de las costas procesales	Eximente incompleta de alteración psíquica del 21.1 en relación con el artículo 20.1	Esquizofrenia paranoide	Litación severa de sus facultades intelectivas y volitivas
38- SAP 100/2008 Fecha – 07/03/2008 ÓRGANO- Audiencia Provincial SEDE - Huelva PROCEDIMIENTO – Penal. Apelación procedimiento abreviado IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 21041370012008100 085	El acusado se encontraba en su casa con su madre y su hermana cuando, molesto por el ruido del secador, golpeó a su hermana y, amenazando a su madre con matarla, le obligó a darle dinero. Como su madre le dijo que no tenía, la obligó a ir a Hipercor y comprarle ropa de marca por valor de 400 euros	1. dos delitos de maltrato no habitual, uno a su madre y el otro a su hermana 2. delito de amenazas condicionales	1. prisión de 7 meses y 15 días. Privación del derecho a la tenencia y porte de armas y prohibición de comunicarse con la víctima 2. prisión de 7 meses y 15 días, prohibición de comunicarse y aproximarse y privación del derecho y porte de armas. 3. prisión de dos años y prohibición de comunicarse y aproximarse a la víctima	Atenuante analógica de anomalía o alteración psíquica	Esquizofrenia paranoide y trastorno de personalidad	Afectación muy leve de las capacidades intelectivas y volitivas

Tabla A1 (continuación)

<b>Sentencia</b>	<b>Tipo de delito (supuesto de hecho)</b>	<b>Consecuencia para el autor (calificación jurídica)</b>	<b>Penal (fallo)</b>	<b>Circunstancias modificativas</b>	<b>Forma clínica y otros trastornos</b>	<b>Juicio psiquiátrico-forense</b>
39- SAP 11483/ 2017 Fecha – 19/09/2017 ÓRGANO- Audiencia Provincial SEDE - Barcelona PROCEDIMIENTO – Sumario IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 08019370072017100380	El acusado viendo a la menor y con el fin de satisfacer sus deseos libidinosos la cogió por el brazo y la arrastró a un portal cercano. Mientras le ponía una navaja en el cuello para amenazarla y que se estuviera quieta se bajaba los pantalones, momento que aprovechó la víctima para propinarle una patada y huir del lugar.	1. delito intentado de agresión sexual con uso de armas	1. medida de seguridad no privativa de libertad de tratamiento ambulatorio adecuado a su enfermedad en un hospital de día con una duración no superior a los 5 años 2. prohibición de aproximarse a la víctima y a su domicilio	Eximente completa de alteración psíquica del artículo 20.1	Esquizofrenia paranoide, consumo de sustancias y capacidad intelectual límite	Fase de descompensación en las que las facultades intelectivas y volitivas estaban anuladas por completo
40- SAP 11558/ 2017 Fecha – 10/10/2017 ÓRGANO- Audiencia Provincial SEDE - Barcelona PROCEDIMIENTO – Apelación penal IDENTIFICACIÓN (ID Cendoj)- 08019370092017100680	El acusado forzó acompañado una valla para acceder a un establecimiento de donde sustrajo diversos productos aparatos electrónicos	1. delito de roba con fuerza en las cosas	1. 6 meses de prisión con inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena	Dilación indebida 21.6 y atenuante analógica de enfermedad mental del 21.7 en relación con el artículo 21.1 y 20.1.	Esquizofrenia paranoide con consumo de tóxicos	Facultad intelectual y volitiva muy ligeramente alterada