



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**LOS TRASTORNOS “EXCÉNTRICOS
DE PERSONALIDAD”:**

Abordaje psicosocial y repercusiones forenses.

Autora: Carmen Morte Palomo

Director: Víctor Dujo López

Madrid

6 de Marzo de 2018

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. METODOLOGÍA.....	7
2.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	7
2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	8
2.3. EXTRACCIÓN DE DATOS	8
3. APROXIMACIÓN CLÍNICA.....	8
3.1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE	8
3.2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	10
3.3. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA	11
3.4. EVALUACIÓN DE LOS TP.....	13
1.1. PREVALENCIA A NIVEL NACIONAL	13
2. APROXIMACIÓN PSICOLEGAL.....	14
2.1. DELICTOLOGÍA DE LOS TP	14
A. DELICTOLOGÍA TP PARANOIDE	15
B. DELICTOLOGÍA DEL TP ESQUIZOIDE.....	16
C. DELICTOLOGÍA DEL TP ESQUIZOTÍPICA.....	17
2.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE LA IMPUTABILIDAD.....	18
2.3. IMPUTABILIDAD DE LOS TP	19
A. IMPUTABILIDAD Y TP PARANOIDE	20
B. IMPUTABILIDAD Y TP ESQUIZOIDE	20
C. IMPUTABILIDAD Y TP ESQUIZOTÍPICA	21
3. RESULTADOS	21
4. APROXIMACIÓN FORENSE Y ANÁLISIS DE LA JURISPRUDENCIA	23
5. CONCLUSIONES.....	25
6. REFERENCIAS	26
7. ANEXO	29

RESUMEN

Resumen: En los últimos años se ha intentado averiguar si las personas que cometen hechos delictivos presentan características de personalidad diferentes a la población general. Debido al interés que este tema suscita, en este artículo se realiza una actualización teórica de los trastornos de la personalidad, así como un análisis jurisprudencial en el que se relacionan los datos hallados con la literatura científica existente relativa a la responsabilidad criminal, delictología e implicaciones jurídicas del constructo. Para ello, se conceptualiza el trastorno de personalidad en general, y los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica en particular, analizando la prevalencia de estos en población general y penitenciaria, y se describen los delitos cometidos por las personas que padecen estos tres trastornos de personalidad. Por otra parte, se lleva a cabo la valoración de 163 sentencias del Tribunal Supremo entre 1993 y 2019, hallando que tan solo 40 son ilustrativas en términos de jurisprudencia y poniendo de relieve la carencia de una serie de reglas o criterios a la hora de aplicar las circunstancias modificativas de la responsabilidad. Los resultados no son totalmente consistentes con la literatura revisada, mostrando que un 36.19% de las sentencias considera a las personas que padecen un trastorno de personalidad del Grupo A plenamente responsables, un 39.2% aplica una atenuante, un 17.97% una eximente incompleta y un 6.67% una eximente completa. Aun así, sigue existiendo una gran tendencia por parte de los tribunales españoles a considerar estos trastornos como afecciones insuficientes por sí mismas para modificar la responsabilidad criminal del imputado.

Palabras clave: trastorno de personalidad, paranoide, esquizoide, esquizotípica, imputabilidad, Tribunal Supremo, jurisprudencia.

Abstract: In the past few years, an attempt has been made to find out whether people who commit criminal offences have personality traits that differ from the general population. Due to the interest aroused by this subject, this article carries out a theoretical update of personality disorders, as well as a jurisprudential analysis in which findings are connected to the scientific literature concerning criminal responsibility, criminal offences and legal implications of this theoretical concept. For this purpose, on the one hand, the terms “personality disorder”, “paranoid personality disorder”, “schizoid personality disorder” and “schizotypal personality disorder” are conceptualized, analyzing the prevalence of these personality disorders in the general population and in the prison population. In the same way, the term “accountability” is conceptualized, and the criminal offences committed by people suffering from these three personality disorders are described. On the other hand, an assessment of 163 Sentences from the Supreme Court in recent years is made. The results show that only 40 of those sentences were significant in Court terms and highlights the lack of criteria when applying the circumstances that modify the criminal responsibility. The results are not totally consistent with the reviewed literature, revealing that 36.19% of sentences consider people suffering from a Cluster A personality disorder fully responsible of their crimes, 39.2% applies attenuating circumstances, 17.97% an incomplete exemption and 6.67% excludes criminal responsibility. Nevertheless, the tendency of Spanish Courts is considering these personalities disorders as insufficient conditions to modify the accountability of the defendant.

Keywords: personality disorder, paranoid, schizoid, schizotypal, accountability, Supreme Court, jurisprudence.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años se ha intensificado el debate sobre si las personas que cometen hechos delictivos presentan unas características de personalidad diferentes a las de la población general (Vázquez, 2012).

La condición desadaptativa de la personalidad es estudiada tanto desde el enfoque clínico de la psicología y psiquiatría, como desde el ámbito forense. Esto se debe a la estrecha relación de los trastornos de personalidad (en adelante TP) con ciertos comportamientos delictivos (Celedón, Brunal y Sánchez, 2014).

Aunque actualmente no existen datos suficientes que confirmen que presentar un TP aumente de manera aislada el riesgo de encarcelamiento, la alta prevalencia en la población penitenciaria hace que sea importante estudiar la relación que existe entre estos y la comisión de conductas delictivas (López, Lafuente y García, 2007). Con el fin de averiguar si dichas características ayudarían a la hora de predecir y prevenir la comisión de hechos delictivos por esta parte de la población, se han incrementado los estudios en este campo (Vázquez, 2012).

Por ello, y debido al interés que este tema suscita a psicólogos y juristas, en el presente trabajo se realizará, en la línea de otros estudios anteriores (Martínez, López y Díaz, 2001), una actualización teórica de los TP y un análisis jurisprudencial para poner en relación los datos hallados con la literatura científica relativa a la responsabilidad criminal, delictología e implicaciones jurídicas del constructo.

Para ello, se conceptualiza el TP en general, y los TP paranoide, esquizoide y esquizotípica en particular siguiendo la categorización de los mismos propuesta por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2014), así como el de imputabilidad. Además, se analiza la prevalencia de estos trastornos tanto en la población general como en la población penitenciaria y se describen los delitos cometidos por las personas que padecen estos tres TP. Por último, se lleva a cabo la valoración de 163 sentencias del Tribunal Supremo en relación con estos tres TP, con el fin de analizar la tendencia actual de la jurisprudencia en España.

En primer lugar, a la hora de estudiar la personalidad, deben distinguirse dos conceptos: rasgos de personalidad y personalidad. Por un lado, los rasgos de personalidad son “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”. Por otro lado, la personalidad constituye “la identidad personal ante uno mismo y ante los demás”, lo que implica que la forja de rasgos disfuncionales en edades tempranas (inicio de la adolescencia) puede llevar a patrones inflexibles y desadaptativos

presentes en todo momento, resistentes al cambio (estabilidad y consistencia) y que causan un deterioro funcional significativo en las distintas áreas de la vida de la persona, pudiendo llegar, en un continuo a constituir los distintos TP (Esbec y Echeburúa, 2011).

El estudio de los TP es una labor compleja y las clasificaciones han sido a lo largo de la historia insuficientes, debido a la escueta definición de cada TP y al solapamiento de los criterios diagnósticos de los distintos tipos de estos (Esbec y Echeburúa, 2011). Por ello, el DSM-5 propone dos formas y sistemas de definir y valorar los TP (APA, 2014).

En primer lugar, la Sección II, muestra la definición categorial de los TP implicando dos aspectos centrales. Por un lado, el concepto de trastorno de personalidad definido como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, que se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”. Por otro lado, la identificación del TP dentro de los diez trastornos específicos tradicionales y uno no especificado. En segundo lugar, la Sección III incluye un modelo híbrido categórico-dimensional para la identificación del TP en función de su componente desadaptativo, basado en rasgos y dominios de la personalidad que se ponen en relación con el deterioro del funcionamiento de la persona, incluyendo seis tipos específicos de personalidad (esquizotípica, límite, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo y ansioso-evitativo), que corresponden a los tipos que más estudio precisan. Por lo tanto, a la hora de evaluar los TP no solo es importante identificar la presencia de rasgos anómalos, sino que debe presentarse atención al impacto que este tiene sobre la funcionalidad de la persona (Esbec y Echeburúa, 2014).

Tradicionalmente, estos diez trastornos están repartidos en tres grupos basados en sus similitudes descriptivas: el Grupo A, el Grupo B y el Grupo C. Por un lado, el Grupo B está formado por los trastornos de la personalidad histriónico, narcisista, límite y antisocial, recogiendo a aquellas personas dramático-emotivas o erráticas. Por otro lado, el Grupo C está compuesto por los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsivo, que son personas que suelen ser ansiosas y temerosas (APA, 2014).

El presente trabajo va a centrarse en el Grupo A, formado por el trastorno de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Este incluye a aquellas personas que parecen raras o excéntricas, en las cuales la afectividad se encuentra disminuida, considerándose, especialmente el TP esquizotípica, una posible antesala del espectro psicótico. Para diagnosticar cualquiera de estos tres trastornos, es necesario que el patrón

característico de cada uno de ellos comience en las primeras etapas de la edad adulta y que esté presente en diversos contextos (APA, 2014).

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo se dividió en dos fases. La primera fase se centró en la revisión de la literatura existente en torno al fenómeno de los trastornos de la personalidad del Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípica), tanto en su dimensión clínica como forense. El objetivo de esta primera fase fue encuadrar teóricamente el fenómeno y actualizar la información existente en la literatura española.

La segunda fase se centró en la búsqueda, en las bases de datos de la jurisprudencia española, de aquellas sentencias que tuvieran relación con el término trastorno de la personalidad paranoide, trastorno de la personalidad esquizoide y trastorno de la personalidad esquizotípica, incluyendo aquellas cuya presencia fuera relevante para la resolución.

2.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Para la realización de la revisión se examinaron diversas bases informatizadas de datos bibliográficos especializadas en psicología *PsycINFO*, *PsycARTICLES*, *Psycodoc* y *Google Académico*. Puesto que el primer criterio que fundamenta el trabajo en la sección de revisión es el de actualización, se buscó todo lo relativo al constructo trastornos de personalidad desde el 1984 hasta el 2019, introduciendo los siguientes términos: “delictología”, “trastornos de personalidad”, “trastorno de la personalidad paranoide”, “trastorno de la personalidad esquizoide”, “trastorno de la personalidad esquizotípico/a”, “jurisprudencia”, “imputabilidad”, “prevalencia”, “características descriptivas”, “derecho penal”, “repercusiones forenses”, “población penitenciaria”, emparejando estos términos con los operadores booleanos “or” entre sí y con los operadores “and”, “y” para *Google Académico* y “AND” para *PsycINFO*.

Para la realización del presente estudio se utilizaron las bases de datos jurídicos de *VLex* (<https://vlex.es>), *Aranzadi Westlaw* (www.westlaw.es) y *Cendoj* (www.poderjudicial.es), ya que son fondos documentales de la jurisprudencia española, conteniendo sentencias y resoluciones jurídicas de los órganos competentes del sistema judicial español.

2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para la selección de cada una de las sentencias se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión: los casos se filtraron con los términos “Jurisprudencia”, “Tribunal Supremo”, “Sala Segunda, de lo Penal”, debiendo hacer referencia a sujetos diagnosticados con TP paranoide, esquizoide o esquizotípica siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014). Fueron rechazados aquellos casos que hacían simple alusión a rasgos de personalidad, aquellos casos en los que no quedaba suficientemente demostrada la presencia del diagnóstico de los mencionados TP por existir discrepancias entre distintos profesionales, y aquellos casos cuyo diagnóstico se observó como confuso o para el cual no se utilizó la nomenclatura de los manuales diagnósticos.

2.3. EXTRACCIÓN DE DATOS

Tras la revisión de 163 sentencias desde el año 1993 hasta el año 2019, 123 no cumplieron los criterios de inclusión, por lo que la muestra de estudio quedó formada por 40 sentencias divididas en tres partes: 10 sentencias para el trastorno de personalidad paranoide, 20 sentencias para el trastorno de personalidad esquizoide y 10 sentencias para el trastorno de personalidad esquizotípica, extraídas del Tribunal Supremo (TS), Sala Segunda de lo Penal.

El resultado final del análisis queda reflejado en las Tablas 4, 5 y 6 (Ver Anexo), que están constituidas por los siguientes apartados: órgano, nº de sentencia y fecha; uso del concepto del TP; comorbilidad o circunstancias relevantes; tipo de delito; y modificación de la responsabilidad criminal.

3. APROXIMACIÓN CLÍNICA

3.1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE

La característica esencial de este trastorno es un “patrón de desconfianza y suspicacia intensa hacia los demás, de forma que interpretan sus motivos como malévolos” (APA, 2014).

Para poder diagnosticarlo (Ver Tabla 1), debe presentar cuatro (o más) de los siguientes hechos: “tener sospechas, sin base suficiente, de que los demás le explotan, causan daño o decepcionan; tener preocupaciones injustificadas acerca de la lealtad o confianza de sus amigos; tener poca disposición a confiar en los demás basada en miedos injustificados a que utilicen la información maliciosamente en su contra; encontrar

significados ocultos, degradantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia; albergar rencores durante mucho tiempo; percibir ataques contra su carácter o su reputación que no son apreciables por los demás con disposición a responder rápidamente ante estos con enfado o a contraatacar; y tener sospechas recurrentes injustificadas respecto a la fidelidad de su pareja o cónyuge” (APA, 2014).

Así mismo, suelen valerse de mecanismos de defensa como la proyección y la negación, viendo en el otro lo que niegan en ellos mismos y sintiéndose así liberados, lo que hace que sientan que viven en un mundo horrible.

En cuanto a la etiología, se ha comprobado la existencia de factores de riesgo genéticos, fisiológicos y ambientales. Por un lado, parece que está relacionado con haber sufrido violencia excesiva por parte de los padres o humillaciones por parte de los demás (Hales, Yudofsky y Talbott, 1996). Por otro lado, la prevalencia de este TP aumenta en personas con familiares que padecen esquizofrenia en general y trastorno delirante de tipo persecutorio en particular (APA, 2014).

Finalmente, estas personas suelen rechazar el tratamiento psiquiátrico y, en caso de buscarlo o aceptarlo, supone un gran reto para el terapeuta el hecho de conseguir que se adhieran a él. Para obtener mejores resultados es importante que el terapeuta cree un clima de confianza siendo extremadamente cauto, respetuoso, directo y no controlador y evitando un estilo demasiado cálido, así como respuestas defensivas y evasivas. Además, debe tenerse en cuenta que, en caso de existir una descompensación psicótica, es adecuado el tratamiento mediante fármacos antipsicóticos (Hales et al., 1996).

Tabla 1. Trastorno de la Personalidad Paranoide en el DSM-5 (APA, 2014)

CRITERIOS DSM-5 PARA TP PARANOIDE
<i>Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por 4 (o más) de los siguientes hechos:</i>
<ul style="list-style-type: none">• Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.• Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.• Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.• Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.• Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).• Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.• Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

3.2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

La característica esencial de este trastorno es un “patrón de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales” (APA, 2014).

Para poder diagnosticarlo (Ver Tabla 2), debe presentar cuatro (o más) de los siguientes hechos: “no desear ni disfrutar de las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia; escoger casi siempre actividades solitarias; tener escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona; disfrutar con pocas o ninguna actividad; carecer de amigos íntimos o confidentes aparte de los familiares de primer grado; mostrarse indiferente ante las alabanzas o las críticas de los demás; y mostrar frialdad emocional, con desapego o afectividad plana (APA, 2014).

Es decir, suelen ser personas reservadas y distantes, se aíslan y presentan una conducta interpersonal inadecuada en la que no responden bien ni a sus sentimientos ni a los de los demás, y además tienen poca capacidad de introspección. Así mismo, suelen mostrarse indiferentes, tener pocas relaciones afectivas sexuales y poseer una autopercepción pobre y poco sofisticada. Parecen no necesitar a nadie más que a sí mismos, considerando reemplazables a las personas de su entorno (González-Guerrero, 2007). Por último, suelen valerse de mecanismos de defensa como la intelectualización en relación con la generalización y el sentimiento de omnipotencia que les hace tener la sensación de no necesitar a nadie.

En cuanto a la etiología, se ha comprobado la existencia de factores de riesgo genéticos y fisiológicos. Por un lado, parece que suele darse en personas que experimentaron durante su infancia relaciones negligentes, frías y no gratificantes, hecho que los lleva a pensar que no es importante relacionarse con los demás (Hales et al., 1996). Por otro lado, aumenta la prevalencia del este TP en personas con familiares que padecen esquizofrenia o TP esquizotípica (APA, 2014).

Finalmente, cabe decir que las personas con este TP no suelen buscar tratamiento y que, en caso de hacerlo, suelen estar acompañadas por terceras personas o presentar algún trastorno como el depresivo mayor. Para lograr establecer una buena alianza, el terapeuta ha de tener una actitud participativa en la que evite interpretar o confrontar de manera brusca. Además, aunque suelen rechazar las terapias de grupo, éstas favorecen el desarrollo de habilidades y relaciones sociales (Hales et al., 1996).

Tabla 2. Trastorno de la Personalidad Esquizoide en el DSM-5 (APA, 2014)

CRITERIOS DSM-5 PARA TP ESQUIZOIDE

Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por 4 (o más) de los siguientes hechos:

- No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
 - Casi siempre elige actividades solitarias.
 - Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 - Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
 - No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 - Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
 - Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
-

3.3. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA

La característica esencial de este trastorno es un “patrón de déficit sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico” (APA, 2014).

Para poder diagnosticarlo (Ver Tabla 3), debe presentar cinco (o más) de los siguientes hechos: “presentar ideas de referencia excluyendo las ideas delirantes de referencia; tener creencias extrañas o pensamientos mágicos que influyen en su comportamiento y que no son consistentes con las normas subculturales (como superstición, creer en la clarividencia, telepatía o sexto sentido); tener experiencias perceptivas inhabituales incluyendo las ilusiones corporales; tener pensamientos y discursos extraños (vago, circunstancial, metafórico, sobre-elaborado o estereotipado); presentar suspicacia o ideas paranoides; tener un afecto inapropiado o limitado; presentar comportamientos o aspecto extraño, excéntrico o peculiar; carecer de amigos íntimos y confidentes aparte de los familiares de primer grado; y presentar ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y que tiende a asociarse con los miedos paranoides más que con los juicios negativos sobre sí mismo” (APA, 2014).

Es decir, son personas con tendencia a confundir la fantasía con la realidad, viviendo ésta como una realidad. Al no encajar bien en la realidad comúnmente aceptada, buscan una realidad alternativa en la que sentirse mejor, así como personas que vivan en su misma realidad y que tengan ideas, aficiones y sentimientos similares. Además, sí tienen la capacidad de conectar emocionalmente con otras personas y sus límites del yo son permeables. Por último, estas personas suelen valerse del mecanismo de defensa de

supresión o anulación en el cual cambian de tema y se refugian en la literatura, cine y fantasía, para sentirse seguros, poderosos y mejor consigo mismos, siendo este mecanismo permanente, lo que muestra claramente que algo falla.

En cuanto a la etiología, se ha comprobado la existencia de factores de riesgo genéticos y fisiológicos. Este TP tiene agregación familiar, siendo más frecuente su aparición entre familiares biológicos de primer grado de personas que padecen esquizofrenia (APA, 2014). Además, algunos de los tipos de este TP conllevan alteraciones biológicas propias de la esquizofrenia como aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales, disminución del seguimiento ocular fino o ejecución deteriorada en pruebas de atención auditiva o visual (Siever, Bernstein y Silverman, 1991).

Finalmente, y al igual que en ocurre en los otros dos TP excéntricos, estas personas suelen evitar el tratamiento psiquiátrico, acudiendo en la mayoría de las ocasiones por interés de los familiares ante episodios psicóticos o trastornos depresivos. Así mismo, no resulta sencillo establecer la alianza terapéutica y deben evitarse confrontaciones e interpretaciones bruscas (Hales et al., 1996). Por un lado, según Stone (1985) podría resultar útil un tipo de terapia de apoyo que dé respuesta tanto a las distorsiones cognitivas como a los problemas de su propia limitación. Por otro lado, algunos estudios consideran que bajas dosis de antipsicóticos pueden ser eficaces, reduciendo los niveles de ansiedad y las características psicóticas que están asociadas al TP esquizotípica (Goldberg et al., 1986; Serban y Siegel, 1984).

Tabla 3. Trastorno de la Personalidad Esquizotípica en el DSM-5 (APA, 2014)

CRITERIOS DSM-5 PARA TP ESQUIZOTÍPICA

Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por 5 (o más) de los siguientes hechos:

- Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
 - Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
 - Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 - Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
 - Susplicacia o ideas paranoides.
 - Afecto inapropiado o limitado.
 - Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
-

-
- No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 - Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
-

3.4. EVALUACIÓN DE LOS TP

Actualmente no existe un instrumento fiable y contrastado para el diagnóstico de los TP. De ello se deriva la existencia de diversas opiniones en torno a la evaluación diagnóstica de los mismos. De esta manera, mientras que algunas personas consideran más beneficiosa la aplicación de pruebas estandarizadas, otras consideran como una mejor opción las entrevistas abiertas (Esbec y Echeburúa, 2014).

Por un lado, puede complementarse la información obtenida a través de la historia clínica, la psicobiografía y los informadores externos, con entrevistas estructuradas como la Entrevista Clínica Estructurada para los TP del DSM-4 (SCID-II, Spitzer, Williams y Gibbon, 1998) y el Examen Internacional para los TP (IPDE, Loranger, Janca y Sartorius, 1997) que aumentan la fiabilidad y mejoran la validez del diagnóstico al estandarizar el proceso de evaluación (Esbec y Echeburúa, 2014).

Por otro lado, el tiempo de administración que precisan estas entrevistas, así como el personal especializado que requieren, tiene como resultado que los instrumentos más utilizados tanto en la clínica como en la investigación sean los cuestionarios y no las entrevistas estructuradas. Esbec y Robles (2013) destacan los siguientes: el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5, Krueger, Derringer, Markon, Watson y Sjodol, 2010), el Inventario de Evaluación de la personalidad (PAI, Morey, 1991 y 2007), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III, Millon, Millon, Davis y Grossman, 2006) o el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2-RF, Ben-Porath y Tellegen, 2008).

1.1. PREVALENCIA A NIVEL NACIONAL

La prevalencia de los TP en la población general ronda el 5-15% sin diferencia entre sexos, incrementándose el porcentaje en ambientes marginales en los que existe desintegración social (Díaz-Marsá, Cavero y Fombellida, 2004).

Si nos centramos en población penitenciaria, existen diversos análisis y meta-análisis que serán presentados a continuación y que obtienen resultados diferentes en función del tipo de muestra así como de los instrumentos de evaluación empleados, mostrando todos ellos que el porcentaje de prevalencia aumenta con respecto a la población general.

Por un lado, Ortiz, Fierro, Blanca, Cardenal y Sanchez (2006) llevaron a cabo un estudio en la prisión de Alhaurín de la Torre (Málaga) con 42 internos condenados por haber cometido un delito con violencia, en el que encontraron que 23 de ellos se encontraban en la categoría que denominaron “grupo con tendencias psicóticas” que incluye el TP esquizotípica y el TP paranoide.

Por otro lado, López et al. (2007) afirman que no se ha establecido una prevalencia de los TP en población penitenciaria y estiman que esta se encuentra en torno al 15-20% predominando el antisocial, seguido del límite y del paranoide. Siguiendo el estudio que llevaron a cabo en el centro penitenciario de Zuera (Zaragoza) con 236 internos, estos autores encontraron que el 55,9% presentaba un TP del Grupo A (frente a un 75,4% del Grupo B, y un 76,7% del Grupo C) dentro del cual un 41,1% presentaba un TP paranoide, un 23,3% un TP esquizoide y un 30,1% un TP esquizotípica, sin encontrar diferencias significativas por sexos.

Finalmente, Arroyo et al. (2009) llevaron a cabo un estudio con 750 internos en 5 centros penitenciarios pertenecientes a 3 Comunidades Autónomas (Aragón, Cataluña y Madrid) en el que encontraron que 9 de cada 10 personas en prisión presenta algún tipo de alteración mental siendo TP entre el 50-70% de dichas alteraciones. Cabe destacar que, dentro de la población forense, Esbec y Echeburúa (2010) encuentran que el TP paranoide es el segundo TP más frecuente en varones y el tercero en mujeres.

2. APROXIMACIÓN PSICOLEGAL

2.1. DELICTOLOGÍA DE LOS TP

Teniendo presente que, desde un planteamiento dinámico y motivacional, un TP no explica por sí solo la conducta violenta y que la mayoría de las personas que presentan un TP no son violentas, sino que tienden a ser víctimas propiciatorias más que delincuentes (Caballo, 2004; Esbec y Echeburúa, 2010), es indudable que los TP modulan las conductas que llevan a cabo las personas que los padecen (González-Guerrero, 2007).

Siguiendo los planteamientos de Esbec y Echeburúa (2010), la asociación de algunos TP con un mayor riesgo de violencia no se justifica por el tipo específico de TP, sino por la presencia de unas dimensiones de personalidad concretas como son la impulsividad, la falta de regulación emocional, el narcisismo y las amenazas al yo, y el estilo de personalidad paranoide.

Aun así, se ha encontrado que los delitos cometidos por las personas que padecen un TP, así como la motivación subyacente al delito, el tipo de víctima o el modo de cometer el hecho delictivo, varían en función de los rasgos concretos del TP, lo que hace que sea

importante conocer estos datos dentro de la práctica forense para poder ayudar en la evaluación y asesoría (González-Guerrero, 2007).

Por un lado, diversos autores (Martínez et al., 2001; Stone, 2007; González-Guerrero, 2007) encontraron una relación entre los delitos contra las personas, los tipos de delitos más violentos y el Grupo A de los TP. Stone (2007) considera que esta relación podría deberse a la indiferencia y falta de sentimientos hacia otras personas que poseen. En la misma línea, González-Guerrero (2007) encontró una alta presencia de delitos violentos cometidos con frialdad por personas con TP esquizoide y esquizotípica.

Sin embargo, en su estudio Vicens (2006) encontró que un 11,4% de las personas con un TP del Grupo A había cometido delitos violentos y un 10,9% delitos no violentos, y Esbec y Echeburúa (2010) encontraron que las personas que padecen los trastornos del Grupo A son menos violentas que las personas que padecen trastornos del Grupo B. Aun así, estos últimos autores afirman que la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social que presentan estas personas, sí que está relacionado con los tipos de violencia más grave.

Por otro lado, González-Guerrero (2007) encuentra que las personas con un TP del Grupo A suelen cometer los hechos delictivos en solitario, puesto que son personas individualistas, independientes e indiferentes hacia las relaciones con los demás.

En definitiva, aunque no está claro si las personas que padecen un TP del Grupo A cometen más o menos delitos que las personas que padecen un TP del Grupo B o C, parece que los delitos que estas personas cometen sí suelen estar relacionados con una violencia más grave (Martínez et al., 2001; Stone, 2007; González-Guerrero, 2007).

En este sentido, la emoción que tienen en común estos TP en relación con la violencia es la ira. Los efectos que esta emoción provoca son el aumento de la presión sanguínea y ritmo cardiaco, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina. Esta puede considerarse como parte de la respuesta neurofisiológica que el cuerpo desencadena ante una amenaza o daño percibido. En las personas con TP paranoide la ira podría activarse por la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos o la venganza, en las personas con TP esquizotípica por las alteraciones cognitivas y las experiencias extrañas y, en las personas con TP esquizoide, por la aversión al contacto con el otro (Esbec y Echeburúa, 2010).

A. DELICTOLOGÍA TP PARANOIDE

Las ideas celotípicas o de conspiración que las personas con TP paranoide suelen poseer, pueden llevarlos a cometer amenazas, insultos, lesiones por agresión y homicidios. Es decir, estas personas suelen estar procesadas por delitos violentos contra

las personas, encontrando homicidas, asesinos en masa o en serie. Además, debe tenerse en cuenta que, si el delito cometido es maltrato doméstico, la peligrosidad suele ser alta (Casado y Romera, 2002; Molina, Trabazo, López y Fernández, 2009; Esbec y Echeburúa, 2010). De hecho, según el estudio llevado a cabo por Martínez et al. (2001) el 75% de los delitos violentos contra las personas cometidos por personas con TP del Grupo A, correspondían a las personas con TP paranoide. Así mismo, parece que la forma en que estas personas valoran a sus semejantes, considerándoles reemplazables, así como la incapacidad para establecer lazos afectivos reales, está relacionada con los delitos que llevan a cabo contra las personas (González-Guerrero, 2007).

Por otro lado, según Molina et al. (2009) entre los delitos no violentos que estas personas pueden cometer, destacan los actos contra el orden social y jurídico y, parece que, al no quedar satisfechos con las acciones de las demás personas, suelen acudir repetitivamente a los tribunales para plantear reclamaciones, quejas o denuncias.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que estas personas no atacan de golpe, sino que cometen sus actos con premeditación y alevosía, avisando con amenazas o ataques menores y que no suelen mostrarse arrepentidas, justificando sus conductas (Esbec y Echeburúa, 2010).

B. DELICTOLOGÍA DEL TP ESQUIZOIDE

Diversos autores (Carrasco y Maza, 2005; Jiménez y Fonseca, 2006) señalan la trascendencia en el ámbito forense de las personas que presentan TP esquizoide, ya que presentan dificultad para conocer y cumplir las normas sociales, para expresar y experimentar emociones e indiferencia hacia sus semejantes.

En el estudio llevado a cabo por González-Guerrero (2007) se encontró que el 72.2% de las víctimas de los hechos delictivos llevados a cabo por personas con TP esquizoide eran personas conocidas y que un 27.8% correspondía a su pareja o expareja sentimental. Sin embargo, hallaron que los motivos por los cuales agreden a personas conocidas parecen ser los mismos que aquellos por los cuales agreden a personas desconocidas. En este sentido, atacan a aquellas personas que les provocan malestar o incomodidad en un momento puntual y, por lo tanto, es comprensible que el mayor porcentaje corresponda a personas conocidas, puesto que son aquellas que tienen más oportunidades de llevar a cabo alguna conducta que suponga una contrariedad para la persona que presenta el TP esquizoide.

Por un lado, el estudio de Martínez et al. (2001) encontró un alto porcentaje de delitos violentos llevados a cabo por personas con TP esquizoide, de los cuales ninguno era delito

sexual, lo que parece consistente con el hecho de que tengan escaso o ningún interés por tener experiencias sexuales con otras personas. Sin embargo, estudios como el de Castro, López y Sueiro (2009) hallaron que los agresores sexuales de menores tienen rasgos esquizoides y que presentan una dinámica del hecho delictivo basada en el déficit de habilidades sociales, con una motivación compensatoria y una búsqueda oportunista de situaciones de agresión o abuso.

Entre los delitos no violentos, algunos autores (Carrasco y Maza, 2005; Molina et al., 2009) han encontrado que estas personas también pueden presentar comportamientos extravagantes y excéntricos, cometiendo delitos como hurtos o robos, con un modus operandi diferencial con respecto al resto de personas. Además, entre los delitos contra la salud pública, estos mismos autores han hallado que cometen delitos de tráfico de drogas. Como ya se ha comentado, este tipo de delitos suele deberse a las dificultades que tienen para reconocer y cumplir las normas sociales.

En el estudio llevado a cabo por Penado y González (2015) encontraron que el 42% de los delitos cometidos por las personas con este TP estaban recogidos dentro de los delitos de homicidio calificados todos como asesinatos (ya fuera en grado de tentativa o consumados), el 19% estaban dentro de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual siendo más comunes la agresión y el abuso sexual, el 15% contra la seguridad colectiva destacando los delitos por tráfico de drogas, y el 12% delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que, aunque la violencia en estas personas es poco probable, suele ser extrema. Además, no suele existir un precipitante externo claro ante la comisión de un hecho delictivo, sino que son cometidos de una manera inesperada, siendo, por lo tanto, impredecibles. Esto es debido a que la violencia que ejercen es expresiva y está mediada por sus fantasías y una falta de sentimientos hacia los demás (Esbec y Echeburúa, 2010).

C. DELICTOLOGÍA DEL TP ESQUIZOTÍPICA

No se han encontrado demasiados datos acerca de la delictología en este tipo de TP. Parece que entre un 25% y un 44% de las personas que lo padecen son erróneamente diagnosticados de esquizofrenia, lo que hace más complejo su estudio en población forense (Esbec y Echeburúa, 2010).

No obstante, el estudio llevado a cabo por González-Guerrero (2007) encontró que estas personas cometían hechos delictivos con la misma frialdad hacia personas

desconocidas como hacia personas conocidas, mostrando así su indiferencia hacia las relaciones interpersonales y su dificultad para generar lazos afectivos reales.

Finalmente, Esbec y Echeburúa (2010) hallaron que las conductas llevadas a cabo por estas personas suelen ser impulsivas (sin planificación) y carecer de un móvil claro, lo que los convierte en delincuentes fácilmente identificables.

2.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE LA IMPUTABILIDAD

El concepto de imputabilidad por su complejidad suscita arduas disputas. Aun así, no aparece fijado en el actual Código Penal, sino que este tan solo se limita a enumerar las causas de exención y de atenuación de la responsabilidad penal.

La imputabilidad, también denominada responsabilidad o capacidad penal, es un concepto jurídico-penal con base psicológica que define el grado de normalidad psíquica (entendida como el ajuste a unas normas estadísticas de actuar, sentir y pensar) de una persona, cuando es posible objeto de una sanción penal en el caso de ser autor de un hecho delictivo, entendiéndose por este, toda aquella conducta definida como tal en el Código Penal (Casado y Romera, 2002). En contraposición, la inimputabilidad implica que la persona no puede responder penalmente de sus conductas al actuar sin libertad (Esbec y Echeburúa, 2010).

Por un lado, según Tiffon (2008) este concepto comprende un conjunto de facultades psíquicas mínimas que una persona debe poseer para poder ser declarada culpable ante la comisión de un delito.

Por otro lado, según Martínez (2006) la imputabilidad sería el conjunto de requisitos y condiciones necesarias para considerar a una persona capaz de imputación.

Además, Gisbert (2000) opina que, ante la comisión de un hecho delictivo los aspectos psiquiátrico-forenses de la imputabilidad que cabe considerar son: un estado de madurez mínimo (fisiológico y psíquico), la existencia de plena conciencia de los actos que se realizan, la capacidad de voluntariedad o volitiva, y la capacidad de libertad de acción o cognitiva.

Por tanto, este concepto tiene una base psicológica, englobando un conjunto de facultades psíquicas mínimas que una persona debe poseer para poder ser declarada culpable de la comisión de un hecho delictivo (Tiffon, 2008).

En conclusión, a la hora de determinar si la persona es o no imputable, debe valorarse si es capaz de conocer la realidad y hacer o ejercer su libertad conforme a ese conocimiento, y si tiene capacidad de discernir entre el bien y el mal y actuar conforme a ese discernimiento (Casado y Romera, 2002).

2.3. IMPUTABILIDAD DE LOS TP

Los TP tienen influencia y relevancia desde el punto de vista jurídico (y no solo psicológico) al relacionarse con la imputabilidad, es decir, con la responsabilidad penal de una persona ante la comisión de un hecho delictivo (Celedón et al., 2014).

Hay que tener en cuenta que, por regla general, la persona con TP conserva sus capacidades cognoscitivas y volitivas, considerándose plenamente imputable y totalmente responsable de sus actos. Por lo tanto, habrá que comprobar que el TP concreto incide sobre las capacidades cognitivas o volitivas, así como que las anula o altera en algún grado para poder considerar la aplicación de una eximente o atenuante (Molina et al., 2009).

Dicho esto, padecer un TP puede suponer una afectación de las capacidades cognoscitivas y/o volitivas y, en consecuencia, implicar una modificación de la responsabilidad criminal.

Sin embargo, la jurisprudencia, al valorar las incidencias de los TP sobre la imputabilidad, no responde a una regla general, sino que señala la complejidad y dificultad de establecer una doctrina general sobre la incidencia de los TP en la imputabilidad, abogando que debe estudiarse cada caso concreto (Esbec y Echeburúa, 2010).

Por un lado, existe una alta dispersión de los conceptos relacionados con los TP (Martínez et al., 2001). Por otro lado, la mayoría de las veces en el ámbito penal no se aplican eximentes ni atenuantes ante una persona con TP, considerándose en el mejor de los casos como atenuante analógica (Casado y Romera, 2002). De hecho, según el estudio llevado a cabo por Martínez et al. (2001) un 78% de los casos recurridos de personas que padecen un TP y un 68% de los casos recurridos de personas con TP que presenta comorbilidad con otro trastorno, resultan imputables.

Si bien es verdad que en ocasiones se considera la eximente incompleta, esta suele darse cuando el TP es grave, tiene relación causal con el hecho delictivo o está asociado a otros factores como toxicomanías u otros trastornos mentales (Molina et al., 2009) y no suele entenderse un TP por sí mismo como fundamento suficiente para estimarla (Esbec y Echeburúa, 2010). Finalmente, no existe jurisprudencia en cuanto a una eximente completa con base en un TP (Casado y Romera, 2002; Molina et al., 2009).

A. IMPUTABILIDAD Y TP PARANOIDE

Las personas con TP paranoide pueden cometer las agresiones debido a las interpretaciones distorsionadas y a las reacciones exageradas que dan a situaciones cotidianas. Además, pueden mantener íntegras sus capacidades volitivas y cognitivas y, sin embargo, no ponerlas en juego de manera efectiva por errores atribucionales severos (Esbec y Echeburúa, 2010). Por otra parte, pueden perder su yoidad, su conciencia de la realidad, así como su voluntariedad en situaciones estresantes en las que podrían llevar a cabo un hecho delictivo. Así mismo, pueden presentar síntomas alucinatorios o delirantes que hacen que su pensamiento se vea alterado, alterando así su conducta y voluntad. En casos así, tanto la capacidad cognoscitiva como la volitiva podrían verse afectadas y, por lo tanto, valorarse una modificación de la responsabilidad (Molina et al., 2009).

Aun así, resulta difícil justificar ante el Juez que la persona con este TP ante la comisión de un hecho delictivo no es imputable, al ser una pequeña esfera de su vida la que se ve realmente alterada (Molina et al., 2009).

Por lo tanto, habrá que valorar la presencia de los síntomas psicóticos en el momento de la comisión de los hechos, así como establecer una relación causal entre estos síntomas y el hecho delictivo llevado a cabo. En definitiva, parece que la tendencia jurisprudencial en el TP paranoide consiste en aplicar un atenuante muy cualificada (Esbec y Echeburúa, 2010).

B. IMPUTABILIDAD Y TP ESQUIZOIDE

Las personas con TP esquizoide pueden perder la propia identidad de sí mismos y son vulnerables a padecer estrés. A esto se le suma que pueden presentar cuadros psicóticos que alteran su capacidad cognitiva y conciencia y que su voluntad puede verse alterada al no ser capaces de distinguir lo real de lo irreal, motivo por el cual su imputabilidad podría ser revisada. (Molina et al., 2009).

Por un lado, el estudio llevado a cabo por Martínez et al. (2001) encuentra que, un 20% de los recursos presentados, son acogidos y corresponden a la eximente incompleta, lo que supone un porcentaje mayor que en el TP paranoide.

En la misma línea, los datos obtenidos en el estudio de Penado y González (2015) muestran que en un 27% de las sentencias se aplica una atenuante analógica, en un 23% de las sentencias se aplica la eximente incompleta y en el resto de las sentencias (50%) no se aplica ningún tipo de circunstancia modificativa de la responsabilidad penal.

Por lo tanto, parece que presentar un TP esquizoide no conlleva una aplicación inmediata de la disminución de la responsabilidad penal (Penado y González, 2015), ya que el TS considera que las capacidades intelectivas y volitivas en general no se ven afectadas por la presencia del mismo. Por ello, son escasas las sentencias en las que el simple padecimiento del TP llevan al TS a determinar la disminución de la responsabilidad penal.

En este sentido, la tendencia jurisprudencial es aplicar atenuantes analógicas (Esbec y Echeburúa, 2010), reservando la aplicación de las eximentes incompletas para aquellos casos que se ven agravados por la ingesta de drogas o alcohol, o por la presencia de un cuadro psicótico (Molina et al., 2009).

C. IMPUTABILIDAD Y TP ESQUIZOTÍPICA

No se han encontrado suficientes datos acerca de la relación existente entre la presencia de este trastorno y la imputabilidad, más allá de las generalidades ya descritas, debido posiblemente al amplio porcentaje de personas que son erróneamente diagnosticadas de esquizofrenia padeciendo este TP (Esbec y Echeburúa, 2010).

3. RESULTADOS

Como ya se ha mencionado, los resultados se muestran en las Tablas 4, 5 y 6 (Ver Anexo). En cuanto al tipo de delito se ha hallado lo siguiente: En primer lugar, haciendo referencia al TP paranoide, encontramos que de los 22 delitos analizados el 27.27% corresponde a los delitos contra la libertad sexual, el 13.63% al delito de asesinato, el 9.09% al delito de detención ilegal y el 50% restante a los delitos de homicidio, falsedad en documento privado y mercantil, estafa, enaltecimiento del terrorismo, allanamiento de morada, robo, amenazas, lesiones, obstrucción a la justicia, quebrantamiento de medida cautelar y encubrimiento, repartidos en un 4.54% cada uno.

En segundo lugar, haciendo referencia al TP esquizoide, encontramos que de los 31 delitos analizados, el 29% corresponde al delito de asesinato, el 16.13% a delitos de homicidio, el 12.9% a delitos contra la salud pública, el 9.67% a delitos contra la libertad sexual, el 9.67% a delitos de lesiones y el 22.58% a los delitos de robo, tenencia de material pornográfico, daños, hurto de uso de vehículo a motor, atentado a agentes de la autoridad, atentado y detención ilegal, representando un 3.22% cada uno de ellos.

Finalmente, haciendo referencia al TP esquizotípica encontramos que, de los 24 delitos analizados, el 25% corresponde a delitos de atentado contra la libertad sexual, el 20.83% a delitos de asesinato, el 16.66% a delitos de atentado, el 8.33% a delito de

homicidio, el 8.33% a delito de lesiones, el 8.33% a delitos contra la salud pública, el 4.16% a delito de coacciones, el 4.16% a delito de amenazas y el 4.16% a delito de desobediencia grave.

Al analizar la modificación de la responsabilidad penal de las sentencias revisadas, se ha hallado que no todas las resoluciones mantienen la responsabilidad plena de la persona. Por un lado, y en relación con las sentencias del TP paranoide, encontramos los siguientes resultados: el 50% considera a la persona penalmente responsable, el 30% aplica atenuante (20% analógica del Art. 20.7 CP en relación con los Arts. 20.1 y 21.1 CP y 10% de arrebató, obcecación o estado pasional del Art. 21.3 CP), el 10% la eximente incompleta del Art. 21.2 CP en relación con el Art. 20.1 CP de anomalía o alteración psíquica y el 10% eximente completa por anomalía o alteración psíquica del Art. 20.1 CP.

Por otro lado, en relación con las sentencias del TP esquizoide encontramos los siguientes resultados: el 28.57% considera a la persona penalmente responsable, el 47.62% considera la atenuante (19.05% analógica del Art. 21.6 CP en relación con el Art. 21.2 CP de adicción a sustancias, 19.05% analógica del Art. 21.6 CP en relación con el Art. 21.1 CP y 20.1 CP de TP esquizoide, 4.76% muy cualificada del Art. 21 CP en relación con el Art. 20.1 CP, y 4.76% analógica no especificada) y el 23.8% considera la eximente incompleta (9.52% de Art. 21.2 CP en relación con el Art. 20.1 CP de alteración psíquica y embriaguez, 9.52% del Art. 21.2 CP de drogadicción y 4.76% del Art. 21.1 CP en relación con el Art. 20.4 CP de legítima defensa).

En último lugar y, en relación con las sentencias del TP esquizotípica, encontramos los siguientes resultados: el 30% considera a la persona penalmente responsable sin circunstancias modificativas de la responsabilidad, el 40% aplica la atenuante analógica (20% del Art. 21.7 CP de trastorno de la personalidad, 10% del Art. 20.1 de trastorno mental transitorio y 10% del Art. 21.6 CP con relación al Art. 21.2 CP de drogadicción), el 20% la eximente incompleta del Art. 21.1 CP con relación al Art. 20.1 CP de anomalía psíquica y el 10% la eximente completa del Art. 20.1 CP de anomalía psíquica.

Finalmente, en cuanto a la terminología empleada, dado que la inclusión de las sentencias exigía que se usara un uso adecuado de la misma siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014), encontramos que el total de las sentencias se refieren a los tres TP de manera adecuada.

4. APROXIMACIÓN FORENSE Y ANÁLISIS DE LA JURISPRUDENCIA

En el presente análisis se ha observado que la jurisprudencia no sigue una regla general a la hora de valorar la imputabilidad de las personas que padecen un TP, dato que sigue la línea de lo que venían diciendo Esbec y Echeburúa (2010). Aun así, parece que las sentencias relacionadas con el TP paranoide son las que establecen un patrón más ordenado y diferencial respecto a los otros dos TP.

En primer lugar y haciendo referencia al TP paranoide, se considera a la persona plenamente responsable sin la concurrencia circunstancias modificativas de la responsabilidad cuando no existe ninguna comorbilidad o cuando, a pesar de existir, es de mínima relevancia respecto a los hechos. Además, la aplicación de las atenuantes se lleva a cabo cuando existe comorbilidad con otros trastornos mentales y existen largos periodos de tratamientos psiquiátricos o cuando se considera que la persona padecía en el momento de los hechos un trastorno mental transitorio directamente relacionado que afectaba a sus capacidades volitivas y/o cognitivas. Así mismo, las eximentes incompletas se aplican cuando existe un trastorno por dependencia que influye de manera importante en la persona y que tiene relación causal con el hecho delictivo. Finalmente, la eximente completa se aplica cuando el TP es de gravedad suficiente como para anular las capacidades volitivas y/o cognitivas de la persona.

En segundo lugar, los resultados hallados relativos a la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad en el TP esquizoide no son totalmente consistentes con la literatura revisada. Por un lado, los porcentajes de la aplicación de la eximente incompleta son bastante similares con la literatura revisada (23.8% frente al 20% propuesto por Martínez et al., 2001). Por otro lado, se han encontrado mayores porcentajes de aplicación de la disminución de la responsabilidad penal ya sea en forma de atenuantes o eximentes en comparación con los datos aportados por Penado y González (2015) (71.42% frente al 50%). En cuanto a las circunstancias relevantes y comorbilidades presentes en los distintos casos se encuentran disparidades en las distintas sentencias. Mientras que unas muestran que la existencia de otros trastornos mentales o de trastornos por consumos de sustancias no son suficientes como para aplicar atenuantes, otras consideran suficiente el padecimiento del TP para aplicarlas, en función de si la persona en el momento de los hechos conservaba plenamente o no sus capacidades cognitivas y/o volitivas y de la gravedad de los distintos factores. Además, la aplicación de eximentes sí tiene lugar cuando existen otras circunstancias graves que complementan

al TP y que afectan directamente a las capacidades cognitivas y/o volitivas de la persona, relacionándose causalmente con los hechos.

En tercer lugar, en referencia al TP esquizotípica, encontramos que en la mayoría de los casos en los que se ha considerado a la persona penalmente responsable existía comorbilidad con otros trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias, no habiéndose considerado dichas circunstancias suficientes para modificar la responsabilidad penal. Sin embargo, a la hora de aplicar atenuantes o eximente, en ocasiones no consta comorbilidad alguna, considerándose el TP en cuestión suficiente para reducir e incluso anular la responsabilidad penal de la persona, entiendo que en estos casos la afectación del TP es grave, afectando directamente a las capacidades cognitivas y/o volitivas y estando relacionado causalmente con la comisión del hecho delictivo. Además, se han aplicado atenuantes cuando concurría retraso mental, trastorno por consumo de sustancias y tratamiento antipsicótico y se han aplicado eximentes incompletas cuando había comorbilidad con esquizofrenia paranoide y trastorno de ideas delirantes de tipo persecutorio, siendo estas circunstancias suficientemente graves y relacionadas con la comisión de los hechos como para aplicar dichas circunstancias modificativas de la responsabilidad. Finalmente, la aplicación de la eximente completa ha tenido lugar en un caso en el que se da comorbilidad con varios trastornos de gravedad suficiente como para anular las capacidades cognitivas y/o volitivas de la persona (trastorno mental grave, capacidad intelectual límite, trastorno psicótico no especificado y epilepsia).

Para terminar, como ya se ha comentado anteriormente, cabe destacar que tras el análisis de las 40 sentencias se han hallado 2 en las que se ha aplicado la eximente completa en base a un TP. Este hecho resulta llamativo al no haber encontrado los estudios revisados sentencias de estas características (Casado y Romera, 2002; Molina et al., 2009). Se trata de un avance respecto a lo que se ha venido haciendo hasta el momento, ya que como se ha comentado, parece que no suele dársele importancia suficiente a padecer este tipo de trastornos con relación a la afectación de las capacidades cognitivas y volitivas de la persona. Dicho esto, la eximente completa del Art. 20.1 CP de anomalía o alteración psíquica se ha aplicado en un caso de TP esquizotípica del 2016 (ATS 430/2016, 25 de Febrero de 2016) y en un caso de TP paranoide del 2019 (STS 65/2019, 17 de Enero de 2019). Si bien es cierto que la relativa a TP esquizotípica podría estar favorecida no solo por este trastorno, sino por la comorbilidad de una capacidad intelectual límite, un trastorno psicótico no especificado y epilepsia, el caso de TP paranoide tan solo presenta como comorbilidad una descompensación delirante del

mismo inducida por un consumo de cocaína, lo que da pie a pensar que es el TP paranoide es en sí lo que ha llevado a la aplicación de dicha circunstancia modificativa de la responsabilidad penal.

5. CONCLUSIONES

En primer lugar, cabe destacar que los estudios que relacionan los TP con la conducta violenta son controvertidos, de manera que no termina de quedar clara la relación entre estas dos variables y, además se tiende a magnificar el porcentaje de personas que comete hechos delictivos padeciendo un TP, cuando estas tienden a ser víctimas, más que delincuentes. En este sentido, sería adecuado instaurar campañas informativas a la población para que se familiarizaran y normalizaran este tipo de trastornos, dejando así de percibirlos como una amenaza. Así mismo, un aumento de campañas preventivas podría favorecer el diagnóstico de las personas que padecen este tipo de trastornos y, por consiguiente, el tratamiento de las mismas. El objetivo sería aumentar el porcentaje de personas que tienen su TP estabilizado y compensado, de manera que se reduzca el porcentaje de personas que llegan a cometer hechos delictivos padeciendo un TP del Grupo A.

En segundo lugar, debería llevarse a cabo una evaluación más exhaustiva de la personalidad y de la gama de anormalidad de las personas que cometen un delito para corroborar si padecen o no un TP, así como la afectación de este a sus capacidades cognitivas y volitivas, puesto que, en muchas ocasiones, pueden considerarse imputables y, por lo tanto, culpables, cuando realmente sus capacidades pudieran estar alteradas. En casos como este, parece que sería más adecuado tratar psicológica y farmacológicamente a estas personas para compensar o estabilizar la enfermedad, dejando así de resultar peligrosas para sí mismas y para la sociedad.

En relación con este hecho se ponen de manifiesto dos cuestiones. Por un lado, podría resultar beneficioso incluir en el Código Penal un concepto de imputabilidad, más allá de enumerar las causas para aplicar eximentes y atenuantes, lo que facilitaría la toma de decisiones sobre la responsabilidad penal de la persona en cuestión. Por otro lado, parece fundamental encontrar una prueba fiable y estandarizada que permita la evaluación y el diagnóstico de los TP, debido a que actualmente no existe una prueba específica y consensuada, como se ha explicado. Finalmente, se resalta la importancia del informe psiquiátrico y psicológico en el ámbito penal, ya que de estos puede derivarse la decisión tomada por el Juez. Por ello, es fundamental que utilicen una terminología adecuada y un diagnóstico siguiendo los manuales diagnósticos de referencia para que, de esta manera,

los distintos profesionales puedan entenderse en una terminología común, evitando así el caos conceptual encontrado hasta el momento.

Para finalizar, por un lado, se recomienda profundizar en el estudio de estos TP a nivel longitudinal y transversal, con el fin de consolidar y perfeccionar el ejercicio práctico de psicólogos y psiquiatras en el sistema legal. Por otro lado, se recomienda en futuros estudios realizar un análisis más exhaustivo que contenga un número más representativo de sentencias en relación con los TP del Grupo A, puesto que en el presente trabajo por cuestiones de espacio ha debido limitarse.

6. REFERENCIAS

- Arroyo, J.M., Tort, V., Pérez, F., Muro, A., Sardá, P., Lluch, J., Planella, R., Vicente, A., Acín, E. y Guerrero, R. (2009). Aproximación a la metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio *PreCA*, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 17-25.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Ben-Porath, Y.S., y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, USA: University of Minnesota Press.
- Caballo, V.E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Carrasco, J.J. y Maza, J.M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid, España: La Ley.
- Casado, A.M., y Romera, R.M. (2002). Trastornos mentales y responsabilidad. Seminario llevado a cabo en El Instituto Español de Agresión y Familia, Madrid.
- Castro, M.E., López, A. y Sueiro, E. (2009). Perfil psicopatológico de agresores sexuales. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 89/90, 30-39.
- Celedón-Rivero, J., Brunal-Vergara, B., y Sánchez-Carballo, A. (2014). Trastornos de la personalidad en reclusos que han cometido delitos agravados. *INCISO*, 16, 34-47.
- Díaz-Marsá, M., Cavero Álvarez, M., y Fombellida Velasco, C. (2004). Trastornos de la personalidad. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/mu00024/tper.htm>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.

- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255-264.
- Esbec, E., y Robles J. L. (2013). Evaluación de los trastornos de la personalidad en Psiquiatría Forense. En S. Delgado, y J.M. Maza. (Ed.), *Psiquiatría Legal y Forense* (pp. 141-178). Barcelona, España: Bosch.
- España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>.
- Gisbert, J. (2000), *Medicina legal y toxicología*. Barcelona, España: Masson S.A.
- Goldberg, S.C., Schulz C., Schulz P.M., Resnick, R.J., Hamer, R.M., y Friedel, R.O. (1986). Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Archives Of General Psychiatry*, 43(7), 680–686.
- González Guerrero, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes, “modus operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7 (1), 19-39.
- Hales, R.E., Yudofsky, S.C., y Talbott, J.A. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Ancora, S.A.
- Jiménez Díaz, M.J. y Fonseca Morales, M.G. (2006). *Trastornos de la Personalidad (psicopatías). Tratamientos científico y jurisprudencial*. Madrid, España: CESEJ.
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., y Skodol, A.E. (2010). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890.
- López-Barrachina, R., Lafuente, O., y García-Latas, J.L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 53-63.
- Loranger, A.W., Janca, A., y Sartorius, N. (1997). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Martínez Díaz, T., López Díaz, F.J., y Díaz Fernández, M. L. (2001). Los trastornos de la personalidad en el Derecho Penal: estudio de casos del tribunal Supremo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(1), 87-101.
- Martínez Garay, L. (2006). Imputabilidad y elementos del delito. *Estudios de derecho judicial*, 110, 95-136.

- Millon, T., Millon, C., Davis, R., y Grossman, S. (2006). *MCMII-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory – III): Manual*. Minneapolis, USA: NCS Pearson.
- Molina, J., Trabazo, V., López, L., y Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de la personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé*, 8(2), 101-126.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory. Professional Manual*. Florida, USA: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (2007). *Essentials of PAI Assessment*. New York, USA: John Wiley and Sons.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M.J., Cardenal, V., y Sánchez, L.M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18(3), 459-464.
- Penado, M., y González, D. (2015). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 81-85.
- Serban, G., y Siegel, S. (1984). Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *American Journal of Psychiatry* 141(11), 1455–458.
- Siever L.J, Bernstein D.P, Silverman J.M. (1991). Schizotypal Personality Disorder: A Review Of Its Current Status. *Journal of personality disorders*, 5(2), 178–193.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Gibbon, M. (1989). *The Structured Clinical Interview for DSM-3-R, Axis II. SCID-II*. Rev. New York, NY: Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute.
- Stone, M. (1985). Schizotypal personality: psychotherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 11(4), 576–589.
- Stone, M. H. (2007). Violencia. En Oldham, J.M., Skodol, A.E. y Bender, D.S. (dir.). *Tratado de los trastornos de la personalidad*, pp. 479-494. Barcelona, España: Masson.
- Tiffon, N. (2008). *Manual de consultoría en psicología y psicopatología clínica, legal, jurídica, criminal y forense*. Barcelona, España: Bosch Penal.
- Vázquez Barbosa, S. (2012). Trastornos de la personalidad y conducta delictiva. *ISiE*, 7, 1-40.
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 95-99.

7. ANEXO

Tabla 4. Resultados del análisis de sentencias del TP paranoide.

N° Sentencia	Uso del concepto	Comorbilidad, circunstancias relevantes	Tipo de delito	Modificación responsabilidad criminal
STS 65/2019, 17 de Enero de 2019.	Trastorno paranoide de la personalidad	Descompensación delirante del TP inducida por consumo de cocaína.	Tentativa de asesinato.	Absolución por eximente completa de anomalía o alteración psíquica. Internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.
STS 478/2018, 17 de Octubre de 2018.	Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno por dependencia de la cocaína y el alcohol con policonsumo.	Delito continuado de falsedad en documento privado y mercantil en concurso con delito continuado de estafa agravada y simple.	Concorre eximente incompleta de anomalía o alteración mental del Art. 21.1 CP con relación al Art. 20.1 CP
ATS 1040/2017 de Junio de 2017.	Trastorno de personalidad paranoide.	Consumo de cannabis de forma esporádica.	Homicidio en grado de tentativa con concurrencia de las agravantes de parentesco y abuso de superioridad.	Penalmente responsable.
STS 335/2017 de 11 de Mayo de 2017.	Trastorno paranoide de la personalidad trastorno paranoico.	Largo tratamiento psiquiátrico: trastorno adaptativo mixto, síndrome delirante sensitivo de referencia.	Delito de enaltecimiento del terrorismo.	Concorre la atenuante analógica del Art. 21.7 CP en relación con los Arts. 20.1 y 21.1 CP.
STS 710/2016, 21 de Septiembre de 2016.	Trastorno paranoide, trastorno paranoide de la personalidad	No consta.	Robo con violencia o intimidación. Detención ilegal. Amenazas.	Penalmente responsable.
ATS 553/2016, 31 de Marzo 2016.	Trastorno de personalidad de tipo paranoide.	No consta.	3 delitos de abuso sexual a menores de 13 años (Art. 183 CP) y 1 en grado de tentativa.	Penalmente responsable.
STS 24/2016, 28 de Enero de 2016.	Trastorno paranoide de la personalidad.	Trastorno mental transitorio.	Delito de asesinato con agravante de abuso de superioridad.	Concurrencia de atenuante de arrebató, obcecación u estado pasional.
ATS 810/2015, de 14 de mayo de 2015.	Trastorno de personalidad de tipo paranoide.	Trastorno de personalidad de tipo histriónico, desadaptativo e impulsivo.	Allanamiento de morada (Art. 202 CP). Delito de agresión sexual (Art. 178 CP). Detención ilegal (Art. 163 CP). Delito	Penalmente responsable.

			continuado quebrantamiento de medida cautelar (Art. 468 CP). Delito continuado de obstrucción a la justicia (Art. 464 CP). Agresión sexual con penetración (Art. 178 y 1801.1,5 CP). 3 faltas de lesiones (Art. 617.1 CP).	
STS 872/2014, de 23 de Diciembre de 2014.	Trastorno paranoide de la personalidad	No consta.	Delito de encubrimiento (Art. 451.1 CP).	Concorre atenuante analógica del Art. 21.7 CP en relación con el Art. 21.1 y 20.1 CP.
ATS 807/2014, de 30 de abril de 2014.	Trastorno paranoide de la personalidad	Afectación cognitiva inducida por quimioterapia sobre el TP.	Delito de asesinato.	Penalmente responsable.

Tabla 5. Resultados del análisis de sentencias del TP esquizoide.

Nº Sentencia	Uso del concepto	Comorbilidad, circunstancias relevantes	Tipo de delito	Modificación responsabilidad criminal
STS 473/2017, 26 de Junio de 2017.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Cociente intelectual límite, cercano al retraso mental.	Delito de asesinato alevoso.	Plenamente responsable.
STS 493/2016, 9 de Junio de 2016	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Retraso mental leve, dificultad del control de impulsos y trastorno de comportamiento y drogadicción.	Robo con intimidación, agravante de reincidencia (Art. 242.2, 3 CP), lesiones con atenuante Art. 21.2 CP, detención ilegal.	Atenuante de drogadicción.
ATS 1304/2015, 17 de Septiembre de 2015.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Inteligencia límite y trastorno por abuso de sustancias, discapacidad total del 56%.	Delito contra la salud pública, en la modalidad de tráfico de sustancia que causa grave daño a la salud, en grado de tentativa (Art. 368 en relación con el Art. 62 CP).	Atenuante analógica.
ATS 1141/2013, 9 de Mayo de 2013.	Trastorno esquizoide, trastorno de la personalidad.	Psicosis exotóxica consecuencia del abuso a sustancias (drogadicción)	Homicidio en grado de tentativa.	Eximente incompleta de legítima defensa, atenuante de drogadicción y agravante de parentesco.

ATS 1199/2011, 14 de Septiembre de 2011.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Consumo habitual de alcohol.	Asesinato	Estimación parcial del recurso de apelación. Concurrencia de circunstancia atenuante de confesión y alteración mental.
STS 348/2011 de 25 de Abril de 2011.	Trastorno esquizoide de la personalidad	Consumo de alcohol antes de cometer los hechos.	2 delitos de tentativa de asesinato, 1 delito consumado de asesinato y 1 falta de daños.	Concurrencia de la eximente incompleta de alteración psíquica y de embriaguez.
ATS 766/2010 de 15 de Abril de 2010.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Trastorno psicótico no especificado y dependencia de heroína y cocaína.	Delito contra la salud pública de sustancia que causa grave daño a la salud.	Plenamente responsable.
STS 118/2010, de 8 de Febrero de 2010.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	No constan.	Dos delitos de asesinato con agravante de alevosía.	Plenamente responsable.
ATS 740/2009, 26 de Marzo de 2009.	Enfermedad de tipo esquizoide, trastorno de personalidad de tipo esquizoide.	Drogadicción, pero no en grado tal que fuera consumo diario y compulsivo.	Delito contra la salud pública en su modalidad de sustancias que causan grave daño del Art. 368 CP.	Concorre la atenuante analógica de ejecutar el hecho a causa de su adicción de los Arts. 21.2 y 6 CP.
ATS 674/2009, 12 de Marzo de 2009.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	No constan.	Agresión sexual de los Arts. 178, 179, 181.1.5 CP y falta de lesiones del Art. 617.1 CP	Concorre la atenuante analógica de trastorno esquizoide de la personalidad del Art. 21.6 CP en relación con Arts. 21.1 y 20.1 CP
STS 76/2009, 4 de Febrero de 2009.	Trastorno de personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad	Consumo de alcohol, episodios psicóticos breves de horas de duración, tratamiento médico	Delito de asesinato con concurrencia de agravante de uso de superioridad (Art. 139.3 CP), delito continuado de hurto de uso de vehículo de motor (Art. 244.1 y 74 CP), homicidio en grado de tentativa (Art. 138, 15, 16 y 63 CP), atentado a agentes de la autoridad (Art. 550 y 551.1 CP) y falta de lesiones (Art. 617.1 CP).	Concorre la atenuante analógica de embriaguez del Art. 21.6 CP en el delito de homicidio en grado de tentativa.
ATS 793/2008, 17 de Julio de 2008.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Dependencia a heroína (consumo prolongado últimos 8 años), depresión reactiva y trastorno psicótico inducido	Delito contra la salud pública.	Concorre la circunstancia de atenuante analógica de drogadicción.

		por opiáceos, esquizofrenia residual.		
ATS 670/2008, 10 de Julio de 2008.	Personalidad esquizoide, trastorno de la personalidad esquizoide.	Trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo y de personalidad afectiva y maniaco, diagnosticado de perversión, presentando conflicto sexual, voyerismo, travestismo, fetichismo y cleptomanía, en tratamiento.	Agresión sexual en grado de tentativa y tenencia de material pornográfico.	Penalmente responsable.
STS 742/2007, 26 de Septiembre de 2007.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Trastorno del comportamiento, politoxicomanía con consumo prologado de tóxicos.	Delito de homicidio consumado del Art. 138 CP con la concurrencia de las agravantes de abuso de superioridad del Art. 22.2 y 23 CP.	Penalmente responsable.
STS 284/2004, 10 de Marzo de 2004.	Trastorno de personalidad esquizoide.	Consumidor de drogas.	Delito contra la salud pública.	Se estima parcialmente el recurso de casación. Concorre una atenuante muy cualificada del Art. 21 en relación con el Art. 20.1 CP.
ATS 182/2004, 12 de Febrero de 2004.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Trastorno mental transitorio.	Delito de homicidio en grado de tentativa de los Arts. 138.1 y 63 CP con la concurrencia de la circunstancia agravante del Art. 22.2 CP	Concurrencia de la atenuante analógica del Art. 21.6 con relación al número 1 y con el Art. 20.1 CP.
STS 1363/2003, 22 de Octubre de 2003.	Trastorno esquizoide de la personalidad	No consta.	Agresión sexual en grado de tentativa del Art. 178 en relación con el Art. 180.5 CP con la concurrencia de la circunstancia modificativa agravante del Art. 22.2 CP	Concorre una atenuante analógica del Art. 21.6 CP en relación con el Art. 20.1 CP.
STS 8217/2003, 2 de Junio de 2003.	Trastorno de la personalidad de tipo esquizoide.	No consta.	Asesinato cualificado con circunstancias de alevosía y ensañamiento del Art. 140 en relación con el Art. 130.1 y 3 CP	Penalmente responsable.

ATS, 30 de Enero de 2003.	Trastorno esquizoide de la personalidad.	Dependencia de alcohol.	Tentativa de homicidio y atentado.	Concurre la eximente incompleta del Art. 21.2 CP en relación con el Art. 20.1 CP
STS 946/2002, 22 de Mayo de 2002.	Trastorno esquizoide de personalidad.	Drogadicción, capacidad límite.	Delito contra la salud pública, tráfico de drogas que causan grave daño a la salud.	Se estima parcialmente el recurso de casación. Concurre la eximente incompleta de drogadicción.

Tabla 6. Resultados del análisis de sentencias del TP esquizotípica.

Nº Sentencia	Uso del concepto	Comorbilidad, circunstancias relevantes	Tipo de delito	Modificación responsabilidad criminal
ATS 430/2016, 25 de Febrero de 2016	Trastorno de personalidad esquizotípico	Trastorno mental grave, capacidad intelectual límite, trastorno psicótico no especificado, epilepsia del lóbulo temporal.	4 delitos de atentado, 1 delito de desobediencia grave, 1 delito de asesinato en grado de tentativa, 2 delitos de homicidio en grado de tentativa y 1 delito de coacciones.	Absuelto por la concurrencia de la eximente completa del Art. 20.1 CP. Internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.
ATS 389/2016, 11 de Febrero de 2016	Trastorno esquizotípico de personalidad.	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, con abuso de cannabis y alcohol.	Delito continuado de abuso sexual previsto en los Arts. 183.1º y 3º y 74 CP.	Plenamente responsable. Atenuante muy cualificada de reparación del daño.
ATS 677/2014, 27 de Marzo de 2014	Trastorno esquizotípico de la personalidad.	Retraso mental leve, déficit intelectual (CI 63), sometido a tratamiento antipsicótico.	Delitos continuados de abusos sexuales, provocación sexual, amenazas, delito de asesinato en grado de tentativa, delito de lesiones.	Atenuante analógica de trastorno de la personalidad del Art. 21.7 CP.
STS 82/2008, 11 de Febrero de 2008	Trastorno esquizotípico de la personalidad.	Trastornos psíquicos, trastorno de ideas delirantes tipo persecutorio.	Delito de asesinato agravado y lesiones.	Absuelto por concurrir la eximente incompleta de anomalía psíquica. Internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario
STS 314/2005, 9 de Marzo de 2005.	Trastorno esquizofrénico de la personalidad,	Trastorno de personalidad por evitación, fobia social, larga, intensa	Delito continuado de violación y delito de violación.	Plenamente responsable.

	trastorno esquizotípico de la personalidad.	y prolongada adicción a sustancias estupefacientes y al alcohol.		
STS 269/2005, 25 de Febrero de 2005	Trastorno esquizotípico de la personalidad.	Drogadicción.	Delito contra la salud pública.	Estimación parcial del recurso de casación. Concurrencia de atenuante analógica de drogadicción del Art. 21.6 en relación con el 21.2 CP
STS 339/2005, 24 de Febrero de 2005.	Trastorno de personalidad, trastorno de personalidad esquizotípico.	No consta.	Asesinato con alevosía.	Plenamente responsable.
STS 2069/2001, 5 de Noviembre de 2001.	Trastorno esquizotípico de la personalidad	Retraso mental leve.	Delito contra la salud pública.	Estimación parcial del recurso de casación, concurrencia de circunstancias atenuante analógica de TP.
STS 727/1999, 5 de Mayo de 1999.	Trastorno esquizotípico de la personalidad.	Esquizofrenia paranoide	Delito agravado de atentado a la libertad sexual (agresión sexual)	Concurrencia de la eximente incompleta de enajenación mental
STS, 29 de Marzo de 1993.	Trastorno esquizotípico de la personalidad	No constan.	Delito de asesinato con alevosía	Concurrencia de circunstancias modificativas de responsabilidad criminal (atenuante de trastorno mental transitorio).