



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Esquizofrenia e imputabilidad

Autora: Andrea Fernández Durán

Grado en Criminología

Directora: Macarena Sánchez-Izquierdo Alonso

Madrid

2019/2020

Gracias a mis padres y mi familia, a Mario, a Beatriz y a mis amigos más cercanos por el apoyo que me han brindado durante toda la carrera.

Gracias a todos los profesores de la Universidad Pontificia Comillas, que me han impulsado a seguir mejorando durante estos años de continuo aprendizaje.

Y gracias, en especial, a Macarena, por su apoyo continuo y por acoger con los brazos abiertos todas mis ideas.

Resumen

La esquizofrenia, a pesar de ser una enfermedad poco conocida por la sociedad, afecta a 21 millones de personas en todo el mundo. Un 8% de los afectados comete delitos violentos, lo que presenta un problema para los jueces que valoran la culpabilidad de estos sujetos. La problemática surge a la hora de clarificar si el sujeto es responsable de los actos cometidos puesto que, en ocasiones, a causa de la presencia de enfermedades mentales, el sujeto puede no ser responsable de los delitos cometidos y, por tanto, no puede ser juzgado como culpable. En el presente trabajo se ha querido clarificar la imputabilidad en los casos de esquizofrenia. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos y manuales especializados de esquizofrenia e imputabilidad, así como un análisis de las sentencias relacionadas con esquizofrenia y la comisión de delitos violentos. Los resultados muestran que no existe una clasificación de que enfermedades mentales son inimputables, sino que hay que analizar cada caso en particular, evaluando la sintomatología y la capacidades cognitiva y volitiva.

Palabras clave: esquizofrenia, imputabilidad, responsabilidad penal, enfermedades mental.

Abstract

Although schizophrenia is not a well-known disease, it affects 21 million people worldwide. 8% of the people affected by this disease, commit violent crimes. This poses a problem for judges who evaluate the guilt of these subjects. The problem arises when the judges have to clarify if the subject is responsible or not for the offenses committed. Sometimes, due to the presence of mental illnesses, the subject may not be responsible for the crimes committed and, therefore, cannot be judged as guilty. The aim of this study is to clarify the imputability in cases of schizophrenia. In order to do so, a research of specialized articles and manuals on schizophrenia and imputability was carried out, as well as an analysis of the sentences related to schizophrenia and the commission of violent crimes. The results show that there is no classification of which mental illnesses are usually considered as not criminal responsible. Each case must be meticulously analysed, having in consideration the symptoms and the cognitive and volitional capacity.

Key words: schizophrenia, imputability, penal responsibility, mental disease.

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Aproximación conceptual	3
Esquizofrenia	5
Conceptos fundamentales desde el punto de vista de la criminología.....	12
Justificación teórica y relevancia del problema actual	15
Metodología.....	15
Resultados.....	17
Relación de la violencia con la esquizofrenia.....	17
Imputabilidad	18
Medidas de seguridad	21
Análisis de casos	22
Discusión	24
Bibliografía.....	27
Anexo 1	31
Anexo 2	32

Introducción

Aproximación conceptual

“Ejecutado en Florida un asesino en serie con esquizofrenia” (Primera, 2013). “Sentencia de por vida a hombre con esquizofrenia que asesinó a sus padres” (Telemundo20, 2017). “La niñera acusada de asesinato sufre de esquizofrenia” (Sputnik Mundo, 2016). “Hombre que asesinó a su hija tiene esquizofrenia paranoide. Según el auto de procesamiento, el hombre era un padre alcohólico y maltratador y sufrió maltratos en su infancia” (El Observador, 2012). “Un esquizofrénico asesinó a su hermano por orden del demonio. El autor, además de enfermo mental, es un adicto a drogas” (Manoni, 2015). Estos son los titulares de las primeras noticias que aparecen tras la búsqueda en Google de “caso de homicidio de persona con esquizofrenia”.

A causa de este tipo de titulares sobre personas con esquizofrenia, se mantiene hoy en día el tabú alrededor de este tipo de enfermedades mentales. A pesar de que la sociedad tenga la percepción de que la esquizofrenia es una enfermedad extraña o poco común, lo cierto es que no lo es.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta cada vez a más personas y año a año se detectan más casos (ver anexo 1). Según la Organización Mundial de la Salud, en 2018, la esquizofrenia afectaba a más de 21 millones de personas en todo el mundo. De estos 21 millones de afectados, alrededor de un 8% comete delitos violentos como homicidio o asesinato, frente al 2% de estos delitos cometidos por la población general (Swanson, 2006, como se citó en Vicens, 2012).

Tras haber cometido un delito, para poder sancionar al autor con la pena correspondiente, previamente se debe constatar su culpabilidad (Fresán et al., 2002). A la hora de demostrar la culpabilidad de un sujeto en relación a un delito, se parte siempre de la hipótesis de que los sujetos son libres y determinan su conducta, y, por tanto, son responsables de la misma (De Sevilla, 2007). Pero también pueden no ser libres ni controlar su conducta debido a diversos factores que les impiden responsabilizarse de sus propias acciones. Esto es lo que puede ocurrir en personas con esquizofrenia que hayan cometido cualquier tipo de delito.

A la hora de resolver penalmente delitos cometidos por personas con enfermedades mentales, como la esquizofrenia, se encuentran algunos problemas durante el proceso. ¿Se le juzga como enfermos mentales o como delincuentes? Además, otra de la

problemática presente alrededor de la esquizofrenia es la responsabilidad, ¿son plenamente responsables del acto que han cometido? Esta temática ha sido estudiada a lo largo de los años sin poder sacar nada en claro.

En consecuencia, resulta fundamental identificar, lo primero de todo, quién ha cometido un delito y las causas por las que se ha producido, para poder determinar la culpabilidad y la responsabilidad (Suárez, 2014).

La esquizofrenia es el trastorno mental que con más frecuencia da lugar a exenciones de responsabilidad penal (Urruela, 2004). Aun así, son numerosos los estudios que indican una alta presencia de esquizofrenia dentro de las cárceles españolas. Es más, el porcentaje de internos en centros penitenciarios que sufren de esquizofrenia se encuentra entre el 2% y el 4%, que supone el doble de prevalencia frente a la hallada en la población general (Fuentes y Fernández, 2016).

Tener una enfermedad mental como la esquizofrenia, condiciona en gran parte la determinación de la culpabilidad. Es por esto por lo que según De la Torre (1999), se le debe prestar cuidadosa atención a la salud mental del autor; si permanece intacta no encontraríamos problema alguno, el problema viene cuando no es así. Es en estos casos en los que se hablaría de responsabilidad penal lo que conlleva la obligación de reparar el daño causado que, en términos penales, constituiría el cumplimiento de la pena (De la Torre, 1999).

Esquizofrenia

Definición. Hoy en día existe un gran tabú alrededor de los trastornos mentales, pero es un hecho que afecta a más personas de las que nos pensamos (Cuideo, 2019). Más concretamente la esquizofrenia afectaba a más de 21 millones de personas en el mundo en 2019 según la Organización Mundial de la Salud. Según Usall (2003), son varios estudios los que hacen referencia a una afectación de la enfermedad mayor en hombres que en mujeres. En este apartado se pretende explicar brevemente la esquizofrenia, su etiología, sintomatología, incidencia y comorbilidad.

Los inicios del estudio de la esquizofrenia son bastante recientes. De hecho, es escasa la historia que existe acerca de esta enfermedad mental, y en general, de todas las

enfermedades mentales, puesto que comenzaron a ser estudiadas a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII (Posininsky y Schaumburg, 1998). No es hasta el siglo XIX que se da a conocer la esquizofrenia gracias al descubrimiento del inconsciente (Muiño, 2012) y a autores como Emil Kraepelin o Eugen Bleuler (Posininsky y Schaumburg, 1998). Fue este último quién, en 1911, introdujo el término “esquizofrenia” o también conocida como enfermedad de Bleuler. Bleuler destacó la “escisión de conciencia” como la principal característica de la enfermedad y aseguró que estaba determinada por distintos factores: emocionales, biológicos y sociales. A pesar de ser Bleuler el autor del concepto, la esquizofrenia ya había sido ya descrita por Pinel en el siglo anterior y denominada con el nombre de “demencia precoz” (Posininsky y Schaumburg, 1998; Suárez, 2014).

El manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (DSM-V, 2014) dentro del capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, nos indica que para poder hacer un diagnóstico de esquizofrenia deben de estar presentes, durante más de un mes, dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatónico y/o síntomas negativos. Además, el nivel de funcionamiento está muy por debajo de lo habitual en uno o varios ámbitos de la vida de la persona (laboral, familiar, personal, etc.). Por último, para diagnosticar la esquizofrenia se tiene que haber hecho un diagnóstico diferencial previo con el trastorno esquizoafectivo, el trastorno depresivo o el , así como el abuso de sustancias como drogas o medicamentos (DSM, 2014).

Por otro lado, la undécima edición del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades elaborado por la Organización Mundial de la Salud hace referencia a la esquizofrenia dentro del apartado 6 de los “Trastornos Mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”. Caracteriza la esquizofrenia como:

“distorsiones significativas en el juicio de la realidad y por alteraciones en el comportamiento que se manifiestan a través de síntomas positivos como delirios y alucinaciones persistentes, pensamiento desorganizado (que suele manifestarse como lenguaje desorganizado), comportamiento gravemente desorganizado, y experiencias de pasividad y de control, y por síntomas negativos como afecto embotado o sin variación y abulia, y alteraciones psicomotoras. Los síntomas ocurren con suficiente frecuencia e intensidad para desviarse de lo esperado según las normas culturales y subculturales. Estos síntomas no se presentan como

una característica de otro trastorno mental y del comportamiento (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, delirium o trastorno por consumo de sustancias). Las categorías en esta agrupación no deben utilizarse para clasificar la expresión de ideas, creencias o comportamientos que están sancionados culturalmente (CIE-11, 2019)”

En otras palabras, la esquizofrenia es un tipo de psicosis endógena, es decir, que no está causado ni por una lesión ni por una enfermedad, sino que se origina por causas internas (Posininsky y Schaumburg, 1998). Se caracteriza por tener muy difusos los límites de la realidad, lo que provoca la aparición de síntomas alucinatorios en cualquier modalidad sensorial y/o delirantes (Urruela, 2004). Por lo tanto, las personas con esquizofrenia, en su fase aguda, carecen de las leyes de la lógica que rigen el comportamiento normal y están completamente convencidas que sus vivencias son reales y veraces, lo que provoca aislamiento e inseguridad en los enfermos (Posininsky y Schaumburg, 1998). Además, también presentan anosognosia, es decir, que no son conscientes de que tienen esquizofrenia (Suárez, 2014).

A pesar de todas las afectaciones, Urruela (2004) afirma que los enfermos de esquizofrenia suelen preservar tanto la inteligencia como claridad en la conciencia. Ahora bien, con la evolución de la enfermedad, pueden aparecer déficits cognitivos.

Etiología. A pesar de todos los estudios realizados sobre la esquizofrenia, no se ha identificado una única causa para esta enfermedad (Suárez, 2014) y cada vez es más difícil buscar las causas de la misma (Gilmore, 2010). A continuación, se plantean tres modelos explicativos.

Modelo de vulnerabilidad – estrés. En primer lugar, uno de los modelos más empleados por los autores para describir la esquizofrenia es el modelo de vulnerabilidad-estrés o Two-Hit Hypothesis (Suárez, 2014; Posininsky y Schaumburg, 1998; Karl y Arnold, 2014). Este modelo explica que la esquizofrenia se debe a una “vulnerabilidad psíquica”, que tiene lugar debido a variables genéticas o influencias educativas y de crianza (Posininsky y Schaumburg, 1998; Karl y Arnold, 2014). Al mismo tiempo, debe

existir una elevada carga emocional o ambiental de la que la persona no puede hacerse cargo, el estrés, que suele estar causado por acontecimientos imprevisibles.

La vulnerabilidad psíquica, junto con la incapacidad de manejar el estrés, daría lugar a los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Estos síntomas no serían más que un intento por liberarse de esa carga emocional que no logran controlar (Posininsky y Schaumburg, 1998; Suárez, 2014).

A modo de síntesis, este modelo pone en evidencia dos causas de la esquizofrenia. Por un lado, habla de variables genéticas y, por otro lado, de variables ambientales.

Con referencia a la genética, autores como Urruela (2014) y Gilmore (2010) señalan los genes como una de las variables responsables, en mayor medida, de las causas de la esquizofrenia. Un estudio realizado con personas adoptadas muestra que, aquellos hijos con padres biológicos afectados por la esquizofrenia tienen una probabilidad mayor de padecer esquizofrenia que aquellos hijos cuyos padres no la tienen (Gilmore, 2010). Hay estudios que indican que la probabilidad de que los hijos con padres biológicos tengan esquizofrenia es de un 23.5%, frente a un 4.7% si los padres no la padecen (Urruela, 2014). Gilmore (2010), revela la importancia de los genes, puesto que son el factor de riesgo más relevante en la aparición de la esquizofrenia. Por su lado, Valverde (2011), aporta aún más fundamentos para reforzar la implicación de la genética en la esquizofrenia. Sostiene que el déficit cognitivo que aparece en la esquizofrenia es una prueba de la existencia de las causas genéticas de la misma.

Ahora bien, según Gilmore (2010) la mayoría de las personas afectadas por esta enfermedad no tiene ningún familiar que la padezca. Esto indica que deben existir otros factores que causen la esquizofrenia. El modelo de vulnerabilidad-estrés señala el ambiente familiar como posible variable ambiental que afecte a la esquizofrenia (Suárez, 2014). Gilmore (2010) señala, en relación con las variables ambientales, que las exposiciones perinatales a infecciones o falta de oxígeno elevan el riesgo de padecer esquizofrenia. Así mismo, señala la depresión en las madres o el consumo de estupefacientes como variables que influyen en su aparición.

Modelo de las alteraciones cerebrales. En segundo lugar, existen otros modelos que intentan explicar la esquizofrenia (Suárez, 2014). Por un lado, Weinberger señala la

hipótesis de una posible lesión cerebral en el segundo trimestre de gestación, lo que provocaría la aparición de esta enfermedad (como se citó en López-Ibor y Cuenca, 2000). Por otro lado, Westlye, Alnaes, Van der Meer, Kaufmann y Andersen (2019) señalan la existencia de un córtex cerebral más fino, sobre todo en la región temporal, lo que podría explicar del mismo modo la aparición de la esquizofrenia. Esto ha podido comprobarse gracias al avance en las técnicas de neuroimagen.

Modelo de las alteraciones neurobiológicas. Por último, en el modelo de las alteraciones neurobiológicas, Posininsky y Schaumburg (1998) hacen referencia a la posibilidad de una alteración en el sistema del neurotransmisor dopamina, que a mayores cantidades puede dar lugar a esta enfermedad. En otras palabras, una mayor activación de dicho sistema correlaciona muy positivamente con la aparición de los síntomas positivos de la esquizofrenia (Urruela, 2004). La aparición de síntomas negativos se encuentra más asociado a la cantidad de serotonina del cerebro (Urruela, 2004).

Sintomatología. La esquizofrenia se caracteriza por tener dos tipos de síntomas, positivos y negativos.

Sintomatología positiva. Dentro de la sintomatología positiva se incluyen las alucinaciones, las ideas delirantes, los trastornos del pensamiento, los síntomas vegetativos y los síntomas positivos de la motricidad (Suárez, 2014). Posininsky y Schaumburg (1998) añaden a los anteriores síntomas sentimientos de angustia y/o excitabilidad.

A continuación, se describe la sintomatología positiva brevemente. La alucinación es una percepción en ausencia de estímulo externo. Por otro lado, el delirio tiene como característica la pérdida del juicio de realidad que supone la ruptura con la misma afectando al sujeto en todos los ámbitos de su vida. Podemos percibir los trastornos del pensamiento en la distraibilidad, el descarrilamiento en el pensamiento, la ilogicidad y la presencia del lenguaje desestructurado entre otros (Posininsky y Schaumburg, 1998; Urruela, 2004). Los síntomas vegetativos son aquellos que se reducen a lo fisiológico como falta de apetito, cambios de peso o trastornos del sueño. Y, por último, los síntomas

positivos de motricidad son los comportamientos agresivos y/o agitados, los movimientos extraños o la conducta repetitiva (Suárez, 2014).

Sintomatología negativa. Dentro de la sintomatología negativa se incluyen la pobreza o embotamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia y problemas cognitivos de la atención. La presencia de esta sintomatología es menor que la anterior, y casi imperceptible en muchos de los enfermos (Suárez, 2014).

El embotamiento afectivo se traduce en la pobre expresión de emociones y sentimientos que se expresa en el comportamiento. En segundo lugar, la alogia hace referencia a la disminución en el lenguaje espontáneo, la abulia a una falta de voluntad y la anhedonia a la incapacidad para disfrutar (Suárez, 2014). En tercer lugar, se incluye dentro de esta sintomatología los problemas cognitivos de los cuales se distinguen los problemas de concentración y atención (Suárez, 2014; Posininsky y Schaumburg, 1998) y problemas en el pensamiento (Posininsky y Schaumburg, 1998).

Por último, cabe señalar que no es esperable encontrar todos los síntomas descritos, pero sí una gran parte de ellos (Urruela, 2004). La presencia de distinta sintomatología en diferentes casos de esquizofrenia puede suponer una distinta afectación en la capacidad del sujeto para comprender las consecuencias de sus actos y la capacidad para dirigir su propia conducta (Urruela, 2004). Esta disimilitud puede ser debido a que la fase de la enfermedad en la que se encuentre el sujeto.

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

Fase prodrómica o primer episodio. El desarrollo de esta fase es lento, el paciente empeora poco a poco, y se hace visible un deterioro de las capacidades mentales del paciente y una menor funcionalidad (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). El paciente comienza a presentar síntomas característicos de la enfermedad, sobre todo síntomas negativos, y fluctuaciones en el comportamiento (López e Ibarra, 2013; Silva, 2006).

Fase aguda. El paciente presenta sintomatología positiva (delirios, alucinaciones y conducta y lenguaje desorganizado) (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). López e Ibarra (2013), señalan que los pacientes en esta fase se caracterizan por una ausencia de higiene personal. Siguiendo a Posininsky y Schaumburg (1998), señalan que durante esta fase las personas carecen de las leyes de la lógica y están convencidas que sus vivencias son reales y veraces.

Fase de estabilización. En esta fase la sintomatología positiva se reduce y los síntomas negativos son moderados (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013).

Fase estable o crónica. Esta fase se caracteriza por la presencia de sintomatología negativa en su mayor parte (López e Ibarra, 2013; Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). Los pacientes se caracterizan por falta de energía, aplanamiento emocional, dificultad para experimentar placer y dificultades en las relaciones (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013).

Factores asociados. La esquizofrenia no suele aparecer sola, sino que lleva asociadas otras enfermedades psiquiátricas entre las que destacan la depresión, el trastorno obsesivo, el trastorno de ansiedad y el abuso de sustancias. Es importante tener en cuenta las posibles enfermedades asociadas puesto que el tratamiento es diferente, y en ocasiones, más complicado (Šimunovic y Filipšic, 2018).

En primer lugar, uno de los elementos que más frecuentemente aparece junto a la esquizofrenia es el consumo de sustancias. El abuso de sustancias en personas con esta enfermedad mental provoca un aumento en las recaídas y empeora la adherencia y respuesta al tratamiento (Suárez, 2014). El abuso de sustancias es por tanto un factor de riesgo para las personas con esquizofrenia. Destaca el consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Suárez, 2014). Es importante evitar el consumo especialmente con personas con esquizofrenia puesto que hay estudios que señalan un empeoramiento de los pacientes que consumen frente a aquellos que no (Hernández y Ayala, 2017).

Además, se ha comprobado que el consumo de alcohol y/o drogas es un factor de riesgo para la comisión de conductas violentas y más es su probabilidad si el consumo se

presenta junto con esquizofrenia (López-Ibor y Cuenca, 2000; Modestin y Ammand, 1996).

En segundo lugar, la presencia de síntomas depresivos supone también un factor de riesgo puesto que incide en la evolución del paciente, causa más recaídas y aumenta las probabilidades de cometer suicidio (Suárez, 2014).

En tercer lugar, la esquizofrenia se asocia también con la presencia de ciertos trastornos de la personalidad, sobre todo los incluidos en la categoría de raros o excéntricos, que son los trastornos de la personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide (Suárez, 2019).

En cuarto lugar, se debe destacar la asociación entre esquizofrenia y enfermedades físicas. Šimunovic y Filippic (2018) señalan el elevado número de muertes prematuras en personas con esquizofrenia debido a enfermedades físicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o la diabetes. Así mismo, hacen referencia a la determinación genética que tienen las personas a causa de la esquizofrenia. Relativo a esto, los estudios de Pillinger et al. (2017) demostraron que, antes incluso de tener el primer episodio psicótico, las personas con esquizofrenia presentaban una reducción y una menor tolerancia de glucosa y una elevada resistencia a la insulina, y que podría deberse a la configuración genética (como se citó en Šimunovic y Filippic, 2018).

A pesar de las investigaciones, Radua et al. (2018), advierten de la dificultad de establecer similitudes entre investigaciones sobre los factores asociados a la esquizofrenia, ya que en ocasiones las conclusiones son contradictorias.

Conceptos fundamentales desde el punto de vista de la criminología

Debido al alto número de personas con esquizofrenia dentro de las cárceles españolas, se ha decidido analizar la determinación de la pena en delitos cometidos por personas que padecen esta enfermedad. Para ello, deben aclararse ciertos conceptos fundamentales referentes al derecho que puedan emplearse para la determinación de la responsabilidad penal o la imputabilidad.

Para hablar de imputabilidad, que es el término que nos atañe, debemos conocer previamente los términos de culpabilidad y responsabilidad penal.

Culpabilidad. En primer lugar, la culpabilidad se compone por un elemento de hecho que es la imputabilidad y otro elemento que es la responsabilidad penal (Pallaro y González-Trijueque, 2009). De forma simplista, para diferenciar los conceptos, se podría decir que la imputabilidad tiene una raíz psicológica y una jurídica, a diferencia del concepto de responsabilidad penal, que únicamente tiene una raíz jurídica (De la Torre, 1999). Es por esto por lo que en nuestro Código Penal no se habla de imputabilidad, sino que se habla de responsabilidad penal (De Sevilla, 2007; Pallaro y González-Trijueque, 2009). Al tratarse este trabajo de una revisión psicológica y criminológica, se hará referencia sobre todo al término “imputabilidad”.

Responsabilidad penal. En segundo lugar, la responsabilidad penal es el deber jurídico que se le exige a aquel individuo que ha sido declarado culpable de una acción antijurídica recogida en el Código Penal como delito. Es decir, a la hora de cometer un acto tipificado como delito en el Código Penal, la persona tiene un compromiso con la ley, que deberá pagar. La responsabilidad penal se encuentra recogida en la sección primera del artículo 20 del Código Penal donde se encuentran reguladas las exenciones de responsabilidad.

“Está exento de responsabilidad criminal:

el que, a 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” (Código Penal, 1995, pp.27).

Dentro de este término se debe hacer una aclaración. Aunque el término de responsabilidad penal se asemeja bastante al de responsabilidad criminal hay una ligera diferencia. La responsabilidad penal hace referencia únicamente a la pena privativa de libertad que lleva asociada cada delito, mientras que la responsabilidad criminal incluiría las medidas de seguridad, en casos en los que no exista una responsabilidad penal (Wolters Kluwer, s.f.).

Imputabilidad. En tercer lugar, la imputabilidad proviene del término latín *imputare*, que significa atribuir (Pallaro y González-Trijueque, 2009). La imputabilidad se basa en la teoría del libre albedrío, es decir, que cada uno es libre de tomar sus decisiones y, por tanto, responsable de sus consecuencias (Suárez, 2014). Según De la Torre (1999) se entiende como “la aptitud del individuo para responder de los actos que realiza”. Est término presupone que el sujeto tiene la suficiente madurez o capacidad

intelectual para conocer y entender la acción cometida y las consecuencias jurídicas que esta tiene (De Sevilla, 2007).

Se debe de entender que, un sujeto no puede ser declarado culpable si no entiende ni quiere cometer el acto delictivo, es decir, que para poder determinar la pena la capacidad cognoscitiva y la capacidad volitiva deben estar preservadas (De Sevilla, 2007). Si alguna de estas capacidades se encuentra dañada, pueden ocurrir dos cosas: 1) o bien el sujeto no sabe lo que hace ni entiende el delito como tal, y hablaríamos de una capacidad cognoscitiva dañada; 2) o bien el sujeto no tiene el control sobre su propia conducta, y sería la capacidad volitiva la que estaría dañada en este caso (De la Torre, 1999).

En los casos en los que no exista imputabilidad y, por consiguiente, tampoco culpabilidad, como en los casos expuestos con anterioridad, no podrá imponerse pena alguna (Ruíz, 2014). Si se llega a esta conclusión es porque se ha establecido que no posee la suficiente madurez o no posee plenas facultades mentales para poder reconocer la implicación y consecuencias del hecho delictivo (Fresán et al., 2002). Esto podría ocurrir, por ejemplo, si el perito comprueba que el sujeto tiene esquizofrenia o si el sujeto ya tiene un diagnóstico de esquizofrenia previo al delito.

Para entender más en profundidad la imputabilidad, se deben conocer los tres grados jurisprudenciales en los que puede expresarse: imputable, semiimputable e inimputable. Esta clasificación se basa en la afectación de las capacidades cognoscitivas y volitivas de la persona en el momento de cometer el delito. Si conserva plenamente estas capacidades sería imputable, en caso contrario inimputable. Si la persona tiene afectadas la capacidad cognitiva y/o volitiva pero no anuladas completamente hablaríamos de semiimputabilidad (Escudero, 2014).

Para poder darse el caso de inimputabilidad deben cumplirse dos criterios: el criterio cuantitativo y el criterio cualitativo (Cano, s.f.). Por un lado, el criterio cualitativo exige que la alteración psicológica debe afectar necesariamente a la capacidad volitiva y/o a la capacidad cognitiva. Por otro lado, el criterio cuantitativo exige que la alteración psicológica sea íntegra y limite completamente la capacidad volitiva y cognitiva del sujeto.

Perito. En cuarto lugar, se debe hacer referencia a la figura que, dentro del ámbito jurídico, se encarga de determinar la imputabilidad de un sujeto. Esta figura es la del

perito, cuya tarea es realizar una evaluación en la que valore la posible presencia de alteraciones psicológicas relacionadas con la comisión del delito y presentarle la información recabada al juez (Escudero, 2014). Ahora bien, aunque el perito realice la evaluación, siempre será el Juez quién determine la valoración jurídica y, por tanto, el que determine la responsabilidad penal en base al Código Penal (De la Torre, 1999). Es por esto por lo que en el presente trabajo se habla de imputabilidad en personas con esquizofrenia y no de responsabilidad penal.

Violencia. En último lugar, debido a la fuerte asociación que existe entre violencia y esquizofrenia, se debe delinear dicho concepto. Según Sanmartín (2007) se considera violencia a toda aquella conducta intencionada que cause o pueda llegar a causar un daño a otros. Aunque la violencia implica agresividad, no son sinónimos. La agresividad es la reacción innata consecuencia de la respuesta ante cierto tipo de estímulos.

Justificación teórica y relevancia del problema actual

Debido a la prevalencia de la esquizofrenia y su alta representación dentro de las cárceles, se considera necesario un estudio de la misma, de la inimputabilidad, de la violencia y de las medidas de seguridad. Así mismo, se realizará una búsqueda de jurisprudencia para ver cuál es la decisión más común de los jueces a la hora de valorar la culpabilidad de una persona con esquizofrenia.

Los objetivos del presente trabajo son estudiar la inimputabilidad en agresores con enfermedad mental, más concretamente esquizofrenia, en delitos de homicidio o asesinato y comparar los dictámenes respecto a la responsabilidad penal en sentencias encontradas relacionadas con autores con esquizofrenia y delitos de homicidio y/o asesinato.

Metodología

Como este trabajo engloba dos disciplinas distintas, la psicología y la criminología, se han tenido que realizar búsquedas de forma paralela en los dos campos. Por un lado y relacionado con la psicología, se han realizado búsquedas en Psycodoc y Psycinfo con las siguientes palabras clave: “Schizophrenia” y “Causes” y “Risk factors” en inglés y español. Por otro lado, relacionado con la criminología, se han realizado búsquedas en Editorial Jurídica, Scopus y Psycodoc con las siguientes palabras clave: “Esquizofrenia” e “Imputabilidad”.

Asimismo, se buscaron manuales especializados sobre esquizofrenia e imputabilidad en el depósito de la Universidad Pontificia Comillas. Toda la bibliografía seleccionada fue publicada entre 1995 y 2019. Se estableció de límite para la búsqueda de estudios, el año 1995 ya que durante ese año se publicó la Ley Orgánica 10/1995 por la cual se actualizaba el Código Penal (BOE, 1995).

Los artículos y manuales empleados para la realización del presente trabajo cumplieron con los siguientes criterios de inclusión; todos los artículos relacionados con la esquizofrenia y con la imputabilidad y la responsabilidad penal. Se incluyeron en el trabajo los estudios publicados desde 1995 al 2019, en inglés y español.

Por otro lado, los criterios de exclusión aplicados a los artículos que aparecieron en la búsqueda fueron: publicaciones en portugués y artículos anteriores a 1995.

De forma paralela a la búsqueda bibliográfica, se realizó una búsqueda de sentencias en España relacionadas con delitos de homicidio y/o asesinato cometidos por agresores con deterioro cognitivo o trastorno mental a través de las plataformas digitales de CENDOJ y Aranzadi. Dicha búsqueda dio como resultado 218 sentencias, de las cuales se han considerado 44 para este estudio (ver anexo 2) por estar relacionadas con trastornos o enfermedades mentales. Las sentencias incluidas en el análisis eran de 1999 hasta 2019. A pesar de haber establecido 1995 como fecha límite, la primera sentencia que apareció en los buscadores jurídicos fue de 1999. De las 44 sentencias que cumplían con los criterios de inclusión (homicidio y/o asesinato y enfermedad mental), en más de la mitad de las sentencias el acusado sufría de esquizofrenia (24 sentencias) y el resto de las sentencias, en su mayoría, se relacionaban con otros trastornos psicóticos, demencia, daño cerebral o trastorno de la personalidad. Solamente se realizó el análisis de la imputabilidad de las sentencias de esquizofrenia.

Resultados

Relación de la violencia con la esquizofrenia

Fresán et al. (2002) señala discrepancias entre la asociación de la esquizofrenia con la criminalidad y la violencia. Hay autores que señalan una estrecha relación entre estos, sin embargo, otros puntualizan que no es la esquizofrenia en sí lo que está relacionado, sino algunos factores de riesgo presentes en las etapas de esta enfermedad, como síntomas psicóticos o abuso de sustancias, sobre todo alcohol y cocaína.

Fuentes y Fernández (2016), señalan la relación que existe entre los delitos violentos y la comisión de éstos en las fases de sintomatología positiva de la esquizofrenia, como la fase aguda. Se ha demostrado que el tipo de delito varía en función de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el agresor (Modestin y Ammand, 1996). De hecho, los delitos en los que predomina la conducta violenta suelen asociarse a la fase aguda de la enfermedad debido a la presencia de alucinaciones e ideas delirantes (Fuentes y Fernández, 2016).

Por otro lado, los autores que han evidenciado la estrecha relación entre criminalidad y violencia, y esquizofrenia se han centrado en las causas de los delitos cometidos por personas con esquizofrenia. Sus estudios muestran que los delitos suelen ser debido a un delirio y a un razonamiento fuera de la lógica, causado por dicha enfermedad (Suárez, 2014). En numerosas ocasiones, por no decir la mayor parte de ellas, los delitos no tienen un motivo claro o razonado, sino que siguen el pensamiento y razonamiento ilógico causado por la esquizofrenia. Según Suárez (2014), los delitos obedecen a causas “científico-naturales” de la propia psicosis, es decir, explicables solo por la psicosis y únicamente comprensible por ellos mismos. Las conductas violentas que se han observado en los delitos cometidos por estas personas son, principalmente, debido a las alucinaciones, los delirios o incluso debido al consumo de sustancias, y se debe aclarar la causa en cada caso para la valoración de la culpabilidad (Suárez, 2014).

Los delitos suelen ser impulsivos y reactivos, y la escena suele ser caótica, es decir, que los delitos no presentan evidencias de ser planificados. Además, nunca suelen tener cómplices (Suárez, 2014). Las personas con esquizofrenia suelen cometer delitos sobre sus familiares cercanos y/o parejas (López-Ibor y Cuenca, 2000; Suárez, 2014). Y, el delito más comúnmente asociado con esta enfermedad es el robo (Suárez, 2014).

Ahora bien, según López-Ibor y Cuenca (2000), no es cierto que exista tan estrecha relación entre esquizofrenia y violencia, sino que la asociación entre ambos conceptos es consecuencia de la estigmatización que rodea la enfermedad y el rechazo de la población hacia este tipo de enfermedades (López-Ibor y Cuenca, 2000). La asociación entre violencia y esquizofrenia es la justificación del miedo que siente la población hacia este tipo de personas, lo que da lugar a la idea de que son peligrosos y deberían estar fuera de la sociedad (López-Ibor y Cuenca, 2000).

Es un hecho que la gran mayoría de personas con esquizofrenia no llega nunca a tener comportamientos violentos (Swanson y Col, 1990 como se citó en López-Ibor y Cuenca, 2000). De hecho, es más probable que las personas con esquizofrenia sean las víctimas del delito que las agresoras (López-Ibor y Cuenca, 2000). Y, en aquellos casos en los que sí se ha hecho evidente un comportamiento violento en una persona con esquizofrenia, existen evidencias de que el tratamiento de la enfermedad reduce en gran medida el riesgo de tener este tipo de actitudes (López-Ibor y Cuenca, 2000).

En conclusión, solo existe una frágil relación entre esquizofrenia y violencia, y no podemos referirnos a dicha relación en términos generales (López-Ibor y Cuenca, 2000). No es la esquizofrenia en sí la causante de la violencia, sino un cúmulo de factores variables en cada persona y la comorbilidad con otros trastornos y/o enfermedades (López-Ibor y Cuenca, 2000).

Imputabilidad

Como ya se ha explicado, la imputabilidad es “la aptitud del individuo para responder de los actos que realiza” (De la Torre, 1999, p. 164). En ocasiones, el individuo se encuentra incapacitado para responder de sus actos y no será responsable penalmente. La posibilidad de eximir de responsabilidad penal a una persona cuya enfermedad mental le impide comprender el acto delictivo, o actuar conforme a su voluntad, lleva introducida en el Código Penal español desde su primera edición (Escudero, 2014). A lo largo del presente apartado se va a explicar la relación entre la esquizofrenia y el concepto de imputabilidad.

Tanto desde el ámbito jurídico como desde el psiquiátrico los enfermos mentales suponen un problema de antemano. El dilema principal es si catalogarlos como enfermos

mentales o como delincuentes, lo que lleva al hecho de decidir si deben ser castigados o no (De Sevilla, 2007).

En primer lugar, se debe señalar que los diagnósticos de esquizofrenia son los que tienen los índices más altos de inimputabilidad de entre todas las enfermedades mentales que podrían eximir de responsabilidad (Modestin y Ammand, 1996). Es un hecho que los diagnósticos por alteración psíquica son los que más causan la exención de la responsabilidad penal (Ruiz, 2014).

En segundo lugar, se debe de partir de la base que las personas con una alteración psíquica como lo es la esquizofrenia no actúan del mismo modo que aquellas que no la tienen (De la Torre, 1999). Siguiendo este razonamiento, en el ámbito jurídico no deberían ser tratadas igual que un delincuente sin enfermedad psíquica.

El problema es que no podemos realizar una categorización de las enfermedades mentales o alteraciones psicológicas que conllevan una afectación en las capacidades cognitivas y/o volitivas puesto que es el efecto que estas enfermedades producen en cada persona y su relación con el delito lo que establece la imputabilidad. Es decir, se debe tener en cuenta las bases biológicas (anomalía mental), pero también los efectos en la cognición y en la volición que esta anomalía produce en cada sujeto, como señala el método mixto en el que se basa la actual doctrina penal española (De Sevilla, 2007; De la Torre, 1999).

Por tanto, para determinar la imputabilidad se exige que el Código Penal haga referencia a: 1) la causa, que sería la alteración o anomalía psíquica, y 2) las consecuencias que puede tener esta anomalía o alteración sobre la mente del sujeto, que serían el efecto (Martínez, 2005). Al tratarse el Código Penal de una fórmula mixta, tendría los beneficios de ambas, de la biológico y de la psicológica y evitaría los inconvenientes. Por un lado, aportaría mayor seguridad jurídica y, por otro lado, permite al juez tener un poder de decisión en la valoración según cada caso y los efectos que las causas provocan en el mismo, ya que la misma causa no causa los mismos efectos en diferentes sujetos (Martínez, 2005).

No se debe olvidar tampoco, que tiene que existir una relación entre la enfermedad mental y el hecho delictivo y concretamente en la esquizofrenia a se debe de prestar cuidadosa atención a la evolución, el número de brotes y el tratamiento a la hora de valorar la imputabilidad (De la Torre, 1999).

Como se ha explicado con anterioridad, que un sujeto sea imputable implica que las capacidades cognoscitivas y las volitivas las tenga preservadas, y que, por tanto, conoce el acto delictivo y lo ha realizado con total libertad. El autor De Sevilla (2007), plantea un problema con respecto a esto. El enfermo mental, más específicamente, psicóticos, conocen el hecho delictivo, puesto que sostiene que la persona en coma es la única que no conoce. Siguiendo este razonamiento, el enfermo conservaría las capacidades cognitivas y podría ser imputable. Es por esto por lo que el autor hace hincapié en el hecho que, aunque el autor del delito conozca y quiera cometerlo, se debe valorar la interpretación que éste hace de la situación (De Sevilla, 2007).

Otro factor a tener en cuenta, es la existencia de una gradación en la alteración psíquica lo que afecta a la imputabilidad. Además, no todas las alteraciones afectan de igual manera a los sujetos (De la Torre, 1999). Ahora bien, aunque no afecten del mismo modo, en los trastornos psicopatológicos existen criterios para determinar la imputabilidad de un agresor. Aun así, no existe una exactitud en la determinación de la imputabilidad en la enfermedad mental (De la Torre, 1999). Es decir, no se puede hacer con total seguridad una lista en la que se incluyan aquellos trastornos o enfermedades que se clasifican como imputables, pues todo depende los efectos psicológicos (Escudero, 2014).

A pesar de esta dificultad, existen algunas revisiones de la tendencia de los magistrados a aplicar imputabilidad a ciertos trastornos mentales. Urruela (2004) señala a la esquizofrenia de tipo paranoide por ser la que más agresividad presenta, y por consiguiente en la que se pueden encontrar mayor incidencia de delitos. Por otro lado, también señala la esquizofrenia residual como el tipo de esquizofrenia en la que es más difícil encontrar una eximente completa y/o incompleta de responsabilidad penal. Esto se debe a que en este tipo de esquizofrenia no existen síntomas en la actualidad, sino que la persona los presentó en el pasado y, por tanto, las capacidades cognitivas y volitivas se presumen preservadas (Urruela, 2004).

A pesar de lo expuesto en la bibliografía y de que la mayoría de los autores acepten que la persona con esquizofrenia no tiene las capacidades cognoscitivas ni las volitivas preservadas, es un hecho que los jueces no suelen considerar la esquizofrenia como eximente incompleta, a no ser que sea extremadamente grave como para anular su comprensión y su voluntad (De la Torre, 1999).

En conclusión, no todas las enfermedades mentales dan lugar a la inimputabilidad, pero no podemos hacer una clasificación de las que conllevan eximente y las que no. No hay nada determinado tampoco en la relación con la responsabilidad penal en agresores con esquizofrenia. Todo depende del caso, de la gravedad de la enfermedad, de la fase de la esquizofrenia en la que se encuentre el agresor, del tipo de delito y del juez que juzgue.

Medidas de seguridad

Las medidas de seguridad se definen como aquellas medidas que privan de bienes jurídicos (Rubio, 2011). Son aplicadas por el Estado a una persona responsable de la comisión de un delito y considerada como peligrosa. Al igual que la imposición de una pena, se consideran como una forma de reacción penal, es decir, un castigo como consecuencia de la comisión de un delito (Rubio, 2011).

Las medidas de seguridad son de carácter postdelictual, es decir, aplicables tras la comisión de un delito (Rubio, 2011). Quedan recogidas en el título IV del Código Penal, “De las medidas de seguridad”. Así mismo, quedan también recogidas en el artículo 25.2 de la Constitución Española y en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Este último artículo señala:

“El Juez o Tribunal podrá acordar la detención o cualesquiera medidas privativas de libertad o restrictivas de derechos en los casos en que procedan conforme a las reglas generales de esta Ley. Las actuaciones que motiven la aplicación de estas medidas se contendrán en pieza separada” (Ley de Enjuiciamiento Criminal, 1882, pp. 155).

El principal objetivo de estas medidas no es el castigo, sino la prevención. Previene de la comisión por parte del sujeto de otros delitos. Las medidas de seguridad son herramientas para el control social (Rubio, 2011). Tiene dos propósitos claros: la prevención especial y la prevención general.

La prevención especial consiste en impedir la reincidencia o, en otras palabras, que la persona que ya ha cometido un delito y es considerada como peligrosa, no cometa ningún otro delito. Implica, además, un propósito de reeducación y resocialización, como viene indicado en el artículo 25.2 de la Constitución Española.

Por otro lado, la prevención general hace referencia al efecto secundario de intimidación que tiene la aplicación de estas medidas y la confianza de la eficacia del Estado (Rubio, 2011). El efecto de intimidación se entiende por aquella consecuencia que tiene en la sociedad la aplicación de las medidas, puesto que al igual que la pena de prisión, coacciona a futuros delincuentes a llevar a cabo el delito, ya que si lo hacen deberán enfrentarse a las consecuencias. Y la confianza hace referencia al sentimiento de protección que se deriva de la aplicación de las medidas al mostrar a la población que el Estado sí castiga la comisión de los delitos.

Existen varios requisitos para poder aplicar las medidas de seguridad. Tal y como indican los artículos 6.1 y 95.1 del Código Penal, la ley obliga que para su aplicación exista la comisión previa de un delito recogido en el Código Penal, que exista una atenuación o exclusión de la culpabilidad, es decir, que se le haya aplicado con anterioridad el artículo 20 o 21 del Código Penal, y que el sujeto haya sido considerado como peligroso (Rubio, 2011). El concepto de peligrosidad, más concretamente, de peligrosidad criminal (que es el que le interesa al derecho penal), es un juicio futuro que sospecha una alta probabilidad de delinquir en el futuro (Rubio, 2011).

Existen dos tipos de medidas de seguridad, las medidas privativas de libertad y medidas no privativas de libertad, que se establecen según el bien o el derecho afectado (Rubio, 2011). Dentro de las medidas privativas de libertad se incluye el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Este tipo de internamiento es un caso especial de privación de libertad con fines terapéuticos (Calaza, 2007). Este internamiento se lleva a cabo en centros psiquiátricos y queda recogido en el artículo 96.2.1 del Código Penal. Es una medida extrema cuyo ordenamiento lo llevan a cabo los jueces, aunque técnicamente sea una decisión médica (Calaza, 2007).

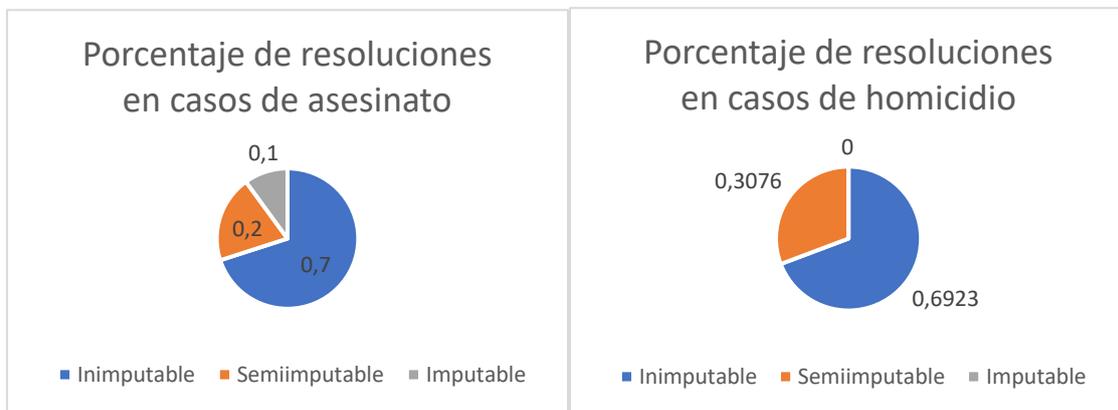
Análisis de casos

Puesto que no existe una taxonomía de qué trastornos o enfermedades implican una anulación de la responsabilidad penal, se ha querido comprobar en qué medida se aplica la inimputabilidad completa o semiimputabilidad en casos de esquizofrenia en la jurisprudencia actual. Para ello, se decidió llevar a cabo un estudio de campo revisando las sentencias relacionadas con homicidio y/o asesinato y esquizofrenia y sus respectivos dictámenes de responsabilidad penal.

A continuación, se muestra una gráfica con los resultados obtenidos. La mayor parte de homicidios y asesinatos fueron declarados como inimputables, en un 70% y 69.23% respectivamente (gráfico 1). Tal y como se esperaba tras lo revisado en la bibliografía, el número de casos inimputables es mayor que los declarados como imputables o semiimputables. Se ha de señalar que todos los casos en los que los jueces determinaron como eximente al agresor, ya fuera completa o parcialmente, dictaminaron medidas de seguridad, en su mayoría, en un centro psiquiátrico especializado.

Gráfico 1.

Porcentaje de resoluciones encontradas en función del delito cometido (asesinato y homicidio).



Únicamente se encontró en la búsqueda un caso en el que el culpable fue declarado como imputable a pesar de la alteración psíquica que padecía. Se trata de la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria sobre un caso de tentativa de homicidio (SAP GC 46/2008). El acusado fue declarado culpable de un delito de homicidio en tentativa de homicidio con agravante por parentesco y superioridad, siendo condenado a la pena de prisión de ocho años y la pena accesoria de inhabilitación del sufragio pasivo durante el tiempo de condena. Durante la instrucción del caso, el acusado alegó tener sintomatología compatible con un brote psicótico (escuchaba voces y veía monos), debido al consumo habitual de cocaína y alcohol. En 1999, el acusado había sido diagnosticado con un trastorno mental, que según aporta la sentencia de la Audiencia Provincial, habría desaparecido tras un tratamiento en el año 2000. Puesto que desde el 2000 hasta la actualidad no se había sometido a ningún otro tratamiento, no se considera que el individuo pudiera tener esquizofrenia o cualquier otro tipo de psicosis.

Se ha de mencionar que se ha encontrado una discrepancia en la sentencia, y es que uno de los peritos que evaluó al acusado, sugirió que un consumo prolongado como el que tenía, podría haber causado un deterioro cognitivo que supondría una alteración de la capacidad cognitiva y volitiva. Sí es cierto, que este mismo perito sugirió que había discrepancias en el testimonio del acusado, y es que no correlacionaban los efectos del consumo con la cantidad que el alegaba haber tomado el día del intento de homicidio hacia su mujer.

Discusión

En primer lugar, se debe resaltar que la realización de este trabajo pretendía resaltar el elevado número de presos con trastornos mentales en las cárceles. Este objetivo se estableció con las primeras búsquedas sobre el tema de la esquizofrenia en el ámbito jurídico, al encontrar que entre un 2 y un 4% de la población reclusa padecía esquizofrenia (Fuentes y Fernández, 2016). Ahora bien, eso no es lo que se ha encontrado en el análisis de casos, tal y como se ha explicado con anterioridad. La verdad es que, de la búsqueda de sentencias realizadas, únicamente una de ellas hace referencia a un caso de aparente esquizofrenia en el que el agresor fue condenado a varios años de cárcel.

La pregunta a realizarse debería ser ¿y cómo es que hay tantos reclusos con esquizofrenia? Tras reflexionarlo detenidamente, únicamente se encuentra una explicación lógica. Al centrarse este trabajo solo en delitos de homicidio y asesinato, se han dejado de lado otros delitos clasificados, según Fernández (2019), como los más comunes en España. Estos delitos son el hurto, el robo con violencia e intimidación, el robo con fuerza en domicilios, delito de lesiones y riñas tumultuarias. Podría ser que las personas con esquizofrenia no cometan delitos de homicidio y asesinato, sino que suelen cometer otro tipo de delitos. Esto concuerda con lo señalado por Suárez (2014) quién señala que el delito más cometido por personas con esquizofrenia es el robo. Y pudiera ser que, en casos de delitos de robos, las personas con esquizofrenia si fueran condenadas, pero para comprobarlo se debería hacer otro análisis de casos.

En segundo lugar, se debe resaltar la evolución del trato a las personas con esquizofrenia, ya no solo en el ámbito penitenciario sino también por parte de la sociedad. El trato hacia estas personas cambió radicalmente con el paso del modelo bio-médico al modelo bio-psico-social. Ahora bien, sigue quedando mucho por hacer. Como se

menciona durante el trabajo, el tabú alrededor de las enfermedades mentales se sigue manteniendo. Cada año son más las personas que sufren esquizofrenia y, sobre todo, los políticos y los profesionales del ámbito sanitario deberían encargarse de establecer campañas de prevención y promoción de la enfermedad. Esto ayudaría a reducir el tabú alrededor de estas personas y, además difundir información acerca de la enfermedad.

En tercer lugar, se debe despuntar brevemente las consecuencias a nivel global que acarrea el tener en las prisiones personas con enfermedades mentales tan graves como lo es la esquizofrenia. El tratamiento psicológico que hay dentro de las cárceles es bastante pobre debido a la gran cantidad de reclusos y la poca cantidad de psicólogos penitenciarios. Si ya son desmesuradas las consecuencias psicológicas dentro de la cárcel para una persona sin enfermedad física y/o mental, aumentan en el caso de padecerla. Estar encerrado en estas condiciones no favorece en ninguna medida el tratamiento de la enfermedad. Además, sin el adecuado tratamiento de la esquizofrenia, la persona una vez fuera de la cárcel, es muy probable que reincida e ingrese de nuevo en prisión. Lo que supondría un empeoramiento de la estabilidad psíquica y emocional de la persona, así como un mayor gasto del dinero público. Es por esto por lo que se considera necesario que las personas con graves enfermedades mentales cumplan la pena en centros psiquiátricos y no en las cárceles.

En cuarto lugar, se ha de mencionar que durante la realización del trabajo se quiso buscar cual era el nivel de conciencia en cada fase de la enfermedad, para poder relacionarlo con la comisión de delitos. La hipótesis que se sostenía era que, si en alguna de las fases de la enfermedad la conciencia se encontraba más obnubilada que en el resto, era más probable que se cometieran delitos. La fase que se sostenía como más probable de caracterizarse por una mayor ausencia de conciencia era la fase aguda, que como se ha mencionado, es la fase en la que se encuentra mayor violencia (Fuentes y Fernández, 2016). Por desgracia, no se han encontrado artículos que confirmen la hipótesis.

Por último, y relacionado con los límites hallados a la hora de realizar el trabajo, se tiene que mencionar las dificultades encontradas en la búsqueda de bibliografía. Existe una gran cantidad de bibliografía acerca de la esquizofrenia, pero mayormente escrito en inglés. El problema no es el idioma, sino la poca accesibilidad a los manuales o artículos en referencia a la esquizofrenia, además de los pocos artículos actualizados sobre esta enfermedad.

En cuanto a las líneas de investigación, puesto que la ausencia de personas con esquizofrenia condenadas a cumplir penas de prisión en delitos de homicidio y/o asesinato es evidente, se propone realizar un análisis de casos de la frecuencia de los delitos de robo cometidos por personas con esquizofrenia, y si fueron condenadas con penas de prisión o con medidas de seguridad, internándoles en un centro psiquiátrico. Así mismo, se debería seguir investigando las causas de la esquizofrenia para poder disipar o al menos disminuir el problema de la resolución de delitos de personas con esquizofrenia que se mencionaba al principio de este trabajo.

Las conclusiones del presente trabajo son:

1. La esquizofrenia es una enfermedad con un número elevado de afectados.
2. Existen varios modelos que explican las causas de la esquizofrenia, pero aún existen discrepancias entre autores.
3. No hay consenso en cuanto a la relación de la esquizofrenia con la violencia.
4. No existe ninguna clasificación de enfermedades mentales que impliquen inimputabilidad, sino que hay que analizar cada caso en particular teniendo en cuenta la sintomatología, la fase de la enfermedad y las capacidades cognitiva y volitiva del sujeto.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA; Asociación Americana de Psiquiatría.
- Calaza, S. (2007). El proceso de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Revista de Derecho UNED*, núm. 2, 175-226.
- codig, M. (sin fecha). Trastornos mentales e imputabilidad. *Psicología Jurídica*. Recuperado de: <http://psicologiajuridica.org/psj208.html>
- Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm., 281. De 24/11/1995.
- Cuideo (2 de diciembre de 2019). Tabú enfermedades mentales: debe romperse [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://cuideo.com/blog-cuideo/tabu-enfermedades-mentales-debe-romperse/#La-realidad-de-las-enfermedades-mentales>
- De La Torre, J. (1999). La responsabilidad penal en las psicopatologías: valoraciones judiciales y jurisprudenciales. *Estudios de Psicología*, 20:63-64, 163-173.
- De Sevilla, M. (2007). Imputabilidad y responsabilidad en el enfermo mental. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 4,795-812.
- El Observador (15 de agosto de 2012). Hombre que asesinó a su hija tiene “esquizofrenia paranoide” [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.elobservador.com.uy/nota/hombre-que-asesino-a-su-hija-tiene-esquizofrenia-paranoide--20128152030>
- Escudero, M. (Septiembre de 2014). La relevancia forense en los trastornos mentales. En M. Díaz y García y J. A. García, *Neurociencia y Derecho Penal*. Conferencia llevada a cabo en el XV Seminario Internacional de Filosofía del Derecho y Derecho Penal, León, España.
- Fernández, R. (22 de Agosto de 2019). Número de infracciones penales registradas en España entre el primer trimestre de 2018 y el primero de 2019, por tipo de infracción [Mensaje en un blog]. Recuperado de:
- Fresán, A., Tejero, J., Apiquian, R., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Nicolini, H. (2002). Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 25(5), 72-78.

- Fuentes, M., & Fernández, E. M. (2016). La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 405-420.
- Gilmore, J. (2010). Understanding what causes schizophrenia: a developmental perspective. *Am J Psychiatry*, 167(1), 8-10.
- Hernández y Ayala (2017). *Como influye el consumo de sustancias psicoactivas en el desarrollo del diagnóstico de esquizofrenia*. Modalidad de grado para pregrado en psicología, Colombia.
- Karl, T. y Arnold, J. (2014). Schizophrenia: a consequence of gene-environment interactions? *Frontiers in behavioural neuroscience*, 8(435), 1-3.
- Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, España, 23 de noviembre de 1995.
- López, S. e Ibarra, M. (2013). Esquizofrenia. *Revista de Actualización Clínica*, 35, 1804-1809.
- López-Ibor, J. y Cuenca O. (2000). *La esquizofrenia abre las puertas. Volumen II: Qué es y cómo se trata la esquizofrenia*. Madrid, España. Aula Médica Ediciones.
- Manoni, G. (19 de Marzo de 2015). Un esquizofrénico asesinó a su hermano “por orden del demonio” [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.losandes.com.ar/article/un-esquizofrenico-asesino-a-su-hermano-por-orden-del-demonio>
- Martínez, L. (2005). *La imputabilidad penal. Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- MINEC, 2018. Salud Mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención. Madrid, España: Centro Nacional de Epidemiología.
- Modestin, J. y Ammann, R. (1996). Mental Disorder and Criminality: Male Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 69-82.
- Muiño, A. (14 de noviembre de 2012). Esquizofrenia [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://informaticaenf.blogspot.com/2012/11/loestudios-estadisticos-realizados.html>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación internacional de enfermedades. 10ª revisión*. Madrid, España: Boletín Oficial del Estado.

- Organización Mundial de la Salud (2019). *Esquizofrenia*. Recuperado el 15 de enero de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Pallaro, H. A. y González-Trijueque, D. (2009). Informe forense: imputabilidad y trastorno antisocial de la personalidad. *Cuadernos de Medicina Forense* 15(55), 55-66.
- Posininsky, H. y Schaumburg, C. (1998). *¿Qué es la esquizofrenia? Una enfermedad y las posibilidades de su tratamiento*. Barcelona, España. Herder.
- Primera, M. (6 de Agosto de 2013). Ejecutado en Florida un asesino en serie con esquizofrenia [Mensaje en un blog]. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2013/08/06/actualidad/1375817696_933353.html
- Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Joannidis, J., Reichenberg, A., Phiphophatsanee, N., Amir, T., ... Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*, 17(1), 49-66.
- Rubio, P. (2011). *Las medidas de seguridad tras la reforma de la LO 5/2010, de 22 de Junio, del Código Penal: Perspectivas Doctrinales y Jurisprudenciales. Problemas y Soluciones*. Navarra, España: Thomson Reuters.
- Ruiz, S. (Septiembre de 2014). Incidencia de la responsabilidad penal de las anomalías o alteraciones psíquicas. Exención o semiexención. Tratamiento de la cuestión por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. En M. Díaz y García y J. A. García, *Neurociencia y Derecho Penal*. Conferencia llevada a cabo en el XV Seminario Internacional de Filosofía del Derecho y Derecho Penal, León, España.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52-59.
- Sanmartín, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon Revista de Filosofía*, 42, 9-21.
- Silva, A. (2006). *Características cognitivas de pacientes esquizofrénicos evaluados en fase aguda y fase de remisión* (Tesis de pregrado). Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Guadalajara.
- Šimunovic I. y Filippic, I. (2018). Schizophrenia and physical comorbidity. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 152-157.

- Sputnik Mundo (3 de marzo de 2016). Diagnóstico final: la niñera acusada de asesinato sufre de esquizofrenia [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://mundo.sputniknews.com/rusia/201603031057311343-diagnostico-ninera-asesinato/>
- Suárez, M. (2014). Esquizofrenias y trastornos psicóticos. En J. M. Pozueco, (Ed.), *Tratado de Psicopatología Criminal, Psicología Jurídica y Psiquiatría Forense. Volumen I* (pp. 301-329). Madrid, España: Editorial EOS.
- Telemundo20 (9 de junio de 2017). Sentencia de por vida a hombre con esquizofrenia que asesinó a sus padres [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.telemundo20.com/noticias/local/sentencia-de-por-vida-a-hombre-con-esquizofrenia-que-asesino-a-sus-padres/14215/>
- Urruela, A. (2004). *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*. Bilbao-Granada, España: Editorial Comares.
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(5), 276-287.
- Valverde, M. (2011). Una crítica a la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, volumen 32(115), 521-545.
- Vicens, E. (2012). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(3), 95-99.
- Westlye, L., Alnaes, D., Van der Meer, D., Kaufmann, T. y Andreassen, O. (2019). Population-based mapping of polygenic risk for schizophrenia on the human brain: new opportunities to capture the dimensional aspects of severe mental disorders. *Biological Psychiatry*, 86(7), 499-501.
- Wolters Kluwer (sin fecha). Responsabilidad Penal [Mensaje en un blog]. Recuperado de: https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUMzAzNLtbLUouLM_DxbIwMDC0NDIxOQQGZapUt-ckhlQaptWmJOcSoAnDJWLjUAAAA=WKE

Anexo 1

Patrón diagnóstico	Año									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Demencias	30.509	39.478	44.692	51.437	55.814	59.607	63.796	69.548	73.287	74.965
Trastornos inducidos por alcohol y drogas	399.871	429.713	437.591	464.896	500.386	528.467	531.141	544.855	551.800	556.864
Trastornos por otras enfermedades	399.675	429.594	437.499	464.803	500.310	528.404	531.072	544.795	551.750	556.816
Esquizofrenia	14.891	18.941	21.524	24.038	26.304	27.692	29.937	32.706	34.501	34.891
Trastornos episódicos del humor	11.351	14.735	17.653	20.455	23.327	25.277	28.123	30.997	33.213	35.044
Trastornos delirantes	1.755	2.273	2.976	3.311	4.052	4.373	4.950	5.604	6.004	6.393
Otras psicosis orgánicas	5.768	7.884	9.370	10.944	12.138	13.198	14.720	16.552	17.291	18.356
Trastornos de ansiedad y disociativos	35.344	46.244	56.176	68.381	77.684	87.444	97.601	109.779	119.352	130.456
Trastornos de la personalidad	9.852	12.287	14.549	17.143	19.553	21.143	23.272	25.905	27.677	29.123
Trastornos sexuales y de identidad sexual	469	460	521	636	660	770	753	751	729	746

Tabla 1. MINEC (2018).

Anexo 2

Audiencia Provincial	Sentencia	Palabras Clave	Delito	Trastorno mental
TS Sala de lo Penal	455/2011	Homicidio + esquizofrenia	Homicidio	Esquizofrenia
Las Palmas	189/2016	Intento de asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Barcelona	727/2015	Tentativa de homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Madrid	663/2015	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Santa Cruz de Tenerife	197/2012	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Madrid	84/2007	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
A Coruña	46/2007	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Las Palmas	47/2007	Homicidio + esquizofrenia inducida por drogas, pero ya la tenia	Homicidio	Esquizofrenia
Madrid	1/2006	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Toledo	11/1999	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Barcelona	17/2015	Homicidio + esquizoafectivo de tipo bipolar + asesinato	Homicidio	Esquizofrenia
Madrid	804/2013	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Barcelona	17/2015	Homicidio + asesinato + esquizoafectivo de tipo bipolar	Asesinato	
Las Palmas	2/2008	Asesinato + esquizofrenia	Asesinato	Esquizofrenia
Guipúzcoa	21/2006	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Murcia	34/2005	Homicidio + esquizofrenia paranoide + consumo	Homicidio	Esquizofrenia
Granada	529/2002	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Pontevedra	3/2001	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Madrid	361/2000	Homicidio en grado de tentativa + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Cáceres	5/1999	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Barcelona	96/2011	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Sevilla	503/2010	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Las Palmas	31/2008	Asesinato + esquizofrenia paranoide	Asesinato	Esquizofrenia
Navarra	30/2005	Homicidio + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia
Madrid	386/2006	Homicidio en grado de tentativa + esquizofrenia paranoide	Homicidio	Esquizofrenia

Tabla 2. Sentencias analizadas.