



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Incidencia del trastorno bipolar en la comisión de delitos

Autor/a: Paula Arce Redondo
Director/a: Javier Gómez Lanz

Madrid
2021/2022

ÍNDICE

Introducción

Metodología

Marco teórico

1. Descripción teórico-psicológica de la anomalía
 - a. Definición
 - b. Episodios del trastorno
 - c. Consecuencias
 - d. Tipos de trastorno bipolar
 - e. Explicación biológica de la anomalía
2. Vinculación con la comisión de delitos en la literatura
3. Verificación jurisprudencial de la incidencia del trastorno en la comisión de delitos

Discusión

Referencias

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el estudio del trastorno bipolar, y en concreto la incidencia que tiene en la comisión de los delitos.

Este trabajo va a estar estructurado de la siguiente manera: un apartado donde realizar una descripción teórico-psicológica del trastorno bipolar, dónde se explicarán los distintos tipos de trastorno bipolar, los síntomas que tiene una persona que padece este trastorno y de qué forma afecta en los distintos ámbitos de su vida y las causas del trastorno. En otro apartado, se hará un análisis para la vinculación del trastorno bipolar con la comisión de delitos analizando la literatura en el que se explicará que delitos son los más realizados por personas con este trastorno, que responsabilidad tienen, que atenuantes y agravantes pueden haber, en que edades y en que género la prevalencia del trastorno es mayor... Y por último, se concluirá con un estudio para relacionar la jurisprudencia de los últimos años, desde el 2014 hasta el 2021, de todas las sentencias de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo.

ABSTRACT

The aim of this paper is the study of bipolar disorder, and specifically the incidence it has on the commission of crimes.

This work will be structured as follows: a section where a theoretical-psychological description of bipolar disorder will be made, where the different types of bipolar disorder will be explained, the symptoms that a person suffering from this disorder has and how it affects the different areas of his life and the causes of the disorder. In another section, there will be an analysis of the link between bipolar disorder and the commission of crimes by analyzing the literature in which it will be explained which crimes are the most committed by people with this disorder, what responsibility they have, what mitigating and aggravating factors there may be, at what ages and in which gender the prevalence of the disorder is higher... And finally, it will conclude with a study to relate the jurisprudence of recent years, from 2014 to 2021, of all the judgments of the Criminal Chamber of the Supreme Court.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una verificación empírica de los rasgos de conexión con los delitos que se atribuyen, y para realizar esta verificación se ha hecho mediante un estudio jurisprudencial. Se han mirado las sentencias de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo en bases como Aranzadi y la Ley Digital desde el año 2013 hasta el año 2022.

Se han encontrado 38 artículos, de los cuales se han utilizado 28 artículos y se han descartado 10 artículos.

MARCO TEÓRICO

1. Descripción teórico-psicológica de la anomalía

Definición del trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por episodios muy intensos y frecuentes de manía, depresión y/o hipomanía. La enfermedad suele iniciarse en la adolescencia e incluso en la infancia tardía en algunos pacientes, aunque existen pacientes que lo desarrollan en una edad más adulta (Grande, Berk, Birmaher y Vieta, 2016).

Las personas afectadas experimentan los mismos cambios de humor que tiene cualquier persona, como por ejemplo alegría, tristeza o ira, sin embargo, en ocasiones, éstas se acentúan hasta un punto demasiado extremo que puede llegar a requerir asistencia psiquiátrica. A los períodos en que la persona presenta un estado de ánimo muy elevado o eufórico se los denominan episodios maníacos o, hipomaníacos si son de menor intensidad. Los períodos caracterizados por un estado de ánimo muy bajo o con decaimiento son denominados episodios depresivos. En algunos casos se pueden presentar simultáneamente síntomas de manía y depresión, lo que se denomina episodio hipomaníaco.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trastorno bipolar es un trastorno que padecen alrededor de 45 millones de personas alrededor del mundo. Este trastorno alterna tres síndromes, maníaco, hipomaníaco y el depresivo, con una prevalencia del 1 al 6%.

Episodios del trastorno

En este apartado se quiere hacer una aproximación a los distintos episodios que una persona con este trastorno puede padecer. De acuerdo con el DSM-5 (2013) existen tres episodios en el trastorno bipolar.

- Según el DSM-5 (2013), el episodio maníaco es “un estado de ánimo exacerbado y elevado, expansivo o irritable, con un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y esta presente la mayor parte del día, y que como consecuencia genera en la persona problemas en el funcionamiento psicológico, social, laboral o familiar”. Muchas veces dada la gravedad se necesita hospitalización para tratar al paciente. Pueden aparecer estos síntomas:
 - Grandiosidad: la persona tiene sentimientos de omnipotencia, lo que genera una gran confianza en sí mismo. La persona desarrolla actitudes y comportamientos que le lleva a verse como superior al resto.
 - Euforia: la persona desarrolla actitudes y comportamientos que se caracterizan por un entusiasmo y una despreocupación de cualquier tipo de problema que le lleva a estar en un estado de tranquilidad constante.
 - Hablar de forma excesiva: la persona desarrolla una capacidad para hablar sin parar, independientemente de posibles interrupciones que pueda haber en su discurso, utilizando un tono de voz elevado y rapidez al hablar.
 - Hiperactividad: personas que se caracterizan por actuar de forma impulsiva, por una atención flotante y mucha facilidad para distraerse.
 - Irritabilidad: personas que adoptan una actitud defensiva, son reacciones desproporcionadas de enfado ante situaciones que no deberían generarlo, sobre todo si la persona se siente atacada u ofendida.
 - Pérdida de la atención: las personas que lo padecen tiene mucha facilidad para distraerse, tienen dificultad para mantener la atención en actividades que requieren poca o mucha concentración...

- Búsqueda excesiva de actividades placenteras: personas que necesitan realizar de forma desmedida muchas actividades para encontrar el placer. Generalmente son actividades que causan adrenalina en la persona, como paracaidismo, relaciones sexuales excesivas o utilización del dinero de forma desproporcionada.
 - Insomnio: personas que tienen dificultades para dormir, pero tampoco lo necesitan ya que no se sienten cansados.
 - Excesiva socialización: son personas que necesitan una socialización constante, necesitan estar rodeados de personas la mayor parte del tiempo debido a que tienen problemas para estar solos.
 - Aceleración del pensamiento: tiene lugar la taquipisquia, existe una mayor asociación de ideas; y la taquilalia, la persona es capaz de verbalizar muchas palabras en un corto periodo de tiempo.
 - Aumento de la actividad: como se ha mencionado anteriormente, son personas que buscan actividades placenteras y comienzan a realizar muchas actividades en cortos periodos de tiempo para no sentir que tienen “tiempo libre”.
- En segundo lugar, existe un episodio depresivo. Según el DSM-5 (2013), los episodios depresivos se caracterizan por “la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”. Los síntomas que presentan las personas con episodios depresivos son:
 - Estado de ánimo depresivo: como se ha mencionado anteriormente, las personas que lo padecen se sienten invadidas por sentimientos de tristeza, vacío o irritabilidad. Afectan a su día a día ya que suelen ser un sentimiento permanente.

- Insomnio: son personas que tienen dificultades para dormir, o bien porque, a pesar de dormir muchas horas, no descansan bien; o bien porque no duermen muchas horas.
 - Pérdida de la atención: las personas que lo padecen tiene mucha facilidad para distraerse, tienen dificultad para mantener la atención en actividades que requieren poca o mucha concentración...
 - Baja autoestima: las personas que lo padecen no se valoran a sí mismos ni valoran sus capacidades para hacer las cosas, sienten que son incapaces de realizar cualquier actividad como los demás y sienten que son “peores” que los demás.
 - Falta de energía: son personas que viven cansadas constantemente, están fatigadas, su tono muscular está debilitado, por lo que tienen muchos problemas a la hora de realizar actividades.
 - Incapacidad para experimentar placer: son personas que debido a su estado de ánimo y a su estado permanente de fatiga y cansancio, no son capaces de disfrutar de actividades que les generan placer.
 - Variaciones en el peso: pérdida del apetito por momentos, como consecuencia, épocas de disminución de peso; o aumento de peso por atracones de comida.
- Y en tercer lugar, el DSM-5 explica el episodio hipomaníaco. Es un episodio bastante similar al de la manía porque se encuentran los mismos síntomas que en esta pero se diferencia en dos aspectos.

Por un lado, la persona experimenta todos los síntomas con menos intensidad. Por otro lado, la persona en un estado de hipomanía no puede sufrir nunca síntomas psicóticos. La hipomanía no suele darse por una razón visible a primera vista.

Como síntomas de hipomanía, encontramos también la grandiosidad, la hiperactividad, la irritabilidad, el desarrollo de habilidades como la curiosidad o la creatividad, aumento de la realización de actividades, especialmente si son muy

placenteras para la persona; insomnio, pérdida de la atención...etc. Algunos de los síntomas que son muy característicos en las personas que lo padecen son:

- Irritabilidad
- Labilidad afectiva: cambios bruscos afectivos que no suelen tener relación con estímulos externos.
- Hostilidad
- Pérdida de atención
- Aceleración del pensamiento:
- Comportamiento descontrolado
- Pueden aparecer alucinaciones o delirios

Emil Kraepelin (1998) habló de los episodios del trastorno bipolar refiriéndose a ellos como constituciones. Para Kraepelin existen tres constituciones distintas de este trastorno: constitución depresiva, constitución maníaca y constitución irritable.

- Constitución depresiva

La constitución depresiva haría referencia al episodio depresivo. La constitución depresiva es una “acentuación afectiva permanentemente sombría de todas las experiencias vividas”.

Las personas que padecen esta constitución son personas que generalmente no presentan ninguna dificultad en el desarrollo cognitivo. Son personas que, a pesar de conseguir los objetivos que se proponen en el trabajo, tienden a darle más importancia a las dificultades y al esfuerzo que han tenido que realizar para conseguir su objetivo, en vez de darle importancia a lo que han conseguido. Además, no se sienten del todo realizados ni enormemente felices de haber conseguido sus objetivos. Soy conscientes del trastorno

que padecen y eso les causa un malestar consigo mismos, tienden a darle mayor importancia a los pequeños sucesos negativos que puedan suceder en su día a día, y abundan sentimientos como la decepción, de culpabilidad o la preocupación constante.

Sienten un peso enorme por la vida, tienen la visión de que tienen que enfrentarse a ella porque se van a presentar más cosas negativas que positivas de las que tienen que estar pendientes todo el rato. No tienen mucha confianza en sus capacidades, por lo que, si algo les resulta complicado, no confían en que vayan a poder enfrentarse a ello solos.

- Constitución maníaca

La constitución maníaca se corresponde con el episodio maníaco descrito en el DSM-5. Esta es una “acentuación del estado de ánimo de forma anormal y elevada, con episodios enérgicos o irritables que tienen una duración mínima de 5 días”.

Las personas que padecen este trastorno no suelen tener deterioro cognitivo. Sin embargo, los conocimientos que tienen suelen ser escasos. Son personas que evitan cualquier tipo de esfuerzo, por lo que se limitan a tener los conocimientos que ellos consideran “necesarios”, a pesar de ser capaces de retener grandes cantidades de información. Son personas que no profundizan sobre los sucesos que ocurren, los recuerdos que tienen de su pasado, suelen ser superficiales y acaban completando los recuerdos con acontecimientos personales que ellos van añadiendo como quieren. Además, no reflexionan mucho sobre el futuro y sobre que van a hacer. Muchas veces tienen sentimientos de grandiosidad, y sobrevaloran sus propios actos o su pensamiento sobre las cosas. No suelen tener mucha empatía con los sentimientos de los demás, de hecho, incluso hasta llegan a utilizar bromas para reírse de ellos. Son personas que tienen facilidad para adaptarse a situaciones nuevas, pero necesitan experimentar constantemente emociones nuevas, por lo que buscan situaciones distintas que se las puedan generar. Suelen ser impulsivos y muchas veces incoherentes, ya que cambian de opinión fácilmente.

- Constitución irritable

La constitución irritable se refiere a los estados hipomaniacos ya descritos. Esta es “una acentuación del estado de ánimo que se caracteriza por frecuentes oscilaciones, más o menos regulares del estado psíquico, en un sentido maníaco o depresivo”.

Las personas que lo padecen son personas que son muy sensibles a los acontecimientos vitales desagradables, se desbordan con facilidad. Aunque también son personas que suelen estar a la defensiva y tienen a irritarse con facilidad. Al ser personas muy impulsivas, se dejan llevar por estados de rabia a la hora de actuar, acompañados de violencia, gritos... Se pueden ver cambios muy significativos en el humor, son personas que pasan fácilmente de un estado de ánimo positivo, alegres, con una actitud positiva, con ganas de hacer cosas, con ganas de relacionarse; a un estado de ánimo negativo, tristes, desanimados, melancólicos...

No aceptan que les lleven la contraria, son personas que tratan de convencer a cualquiera con argumentos de que su opinión es la que vale. Padecen de cambios de humor recurrentes, tan fácil están alegres, haciendo bromas o riéndose, como pasan a estar enfadados, irritados, rabiosos... Además, están constantemente alerta porque ven el mundo exterior como amenazante. El desarrollo intelectual es bueno, aunque son personas que les cuesta realizar actividades que requieran de mucho esfuerzo, suelen distraerse con facilidad.

Consecuencias

Algunas de las consecuencias que el trastorno bipolar genera, sobre todo porque cuando los síntomas psicóticos y maníacos nublan la conciencia de la persona, esto puede afectar a la capacidad que tiene una persona de entender la ilegalidad de esta conducta.

(Gomez-Duran, Carrión, Xifró, Martín-Fumadó, 2010)

- Alteración de los procesos madurativos: los episodios del trastorno bipolar que se dan en edades tempranas afectan al desarrollo evolutivo de la persona y generan tanto en la persona como en los familiares, una necesidad, a veces excesiva, de ser sobreprotegidos. Normalmente, no se realiza un diagnóstico en edades tan

tempranas de este trastorno, por lo que, los niños crecen con una inestabilidad emocional y con comportamientos descontrolados.

- Dificultades en el ajuste al medio social: son personas que tienen muchos problemas a la hora de adaptarse al entorno que les rodea y a establecer relaciones sociales dentro de una normalidad. Generalmente, estos pacientes se caracterizan por tener la autoestima baja debido a sentimientos de rechazo o de culpabilidad por su inestabilidad emocional, lo que no les permite relacionarse con el medio de forma adecuada.
- Impacto en el medio familiar: los familiares tienen que sufrir los efectos a nivel psicológico de los episodios recurrentes de mal humor, irritabilidad y desconfianza del miembro de la familia con este trastorno. Si son los hijos los que sufren los efectos, se encontrarán con padres con inestabilidad emocional e inestabilidad afectiva y en la educación. Además, de una necesidad constante de cuidar de un progenitor enfermo.
- Disfunciones en las relaciones de pareja: va a existir una gran afectación en este ámbito en personas que padezcan este trastorno. Tras un estudio realizado por Coryell et al (1993), descubrieron que existe un mayor número de divorcios y de separaciones en relaciones de parejas donde uno de los miembros padezca este trastorno. En los episodios maníacos, aparecen mayores conflictos en la pareja que en los depresivos.

Tipos de trastorno bipolar

Según el DSM-5 (2013) existen tres tipos de trastorno bipolar especificados:

- Tipo I

Atiende al trastorno maniaco-depresivo que se describió por primera vez. Como síntomas más comunes podemos encontrar episodios maníacos que se dan de forma frecuente e intensa, o la aparición de alucinaciones y delirios. Sin embargo, para considerarse un

trastorno bipolar de tipo I no es condición indispensable que la persona sufra de psicosis o un episodio depresivo mayor. Si un profesional determina que la gravedad de los episodios es muy alta, se suele recurrir al internamiento.

- Tipo II

En el trastorno bipolar de tipo II aparecen síntomas como episodios muy largos de depresión y una elevada inestabilidad emocional que, como consecuencia, genera problemas en algunas áreas de funcionamiento de la persona como en el área social, laboral o familiar. Como requisitos indispensables para que se de este tipo de trastorno bipolar, la persona tiene que sufrir de un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio maníaco. A diferencia del trastorno de tipo I, los episodios de excitación no son tan elevados, por lo que las personas que padecen este trastorno no suelen requerir internamiento; aun así, habrá que estudiar cada caso individualizado.

- Ciclotimia

A diferencia del trastorno bipolar tipo II, como se ha mencionado anteriormente, la persona que padece de ciclotimia, sufre oscilaciones episodios maníacos y episodios depresivos, pero de menor intensidad y menos prolongado en el tiempo, al menos dos años. Sin embargo, no llegan a experimentar todos los síntomas del episodio de manía, de hipomanía o de depresión.

2. Vinculación con comisión de delitos (delitos más comunes que cometen las personas con este trastorno, qué responsabilidad tienen, que agravantes y atenuantes, posibles eximentes)

Trastornos mentales

Existen una serie de condiciones para poder considerar a una persona como responsable de un delito (Loreto Sanchez Casin, Big Data Jurist). La persona tiene que haber

cometido una conducta que se encuentre detallada y explicada en el Código Penal, es decir, una conducta que incumpla las leyes de la legalidad. Asimismo, la persona tiene que ser responsable de esa conducta. Hay que probar que realmente ha sido esa persona la que ha cometido una conducta tipificada como delito. No sólo se considera autor de un delito a aquella persona que lo ha cometido de forma directa, sino que también se le puede considerar autor a aquella persona que incita a otro a cometer un delito o a aquel que colabora en la comisión del delito y sin el cual este no podría realizarse completamente, también llamado cooperador necesario.

Según Lesch (2019) a la hora de imputar a una persona por la comisión de un delito, es importante entender que la imputación surge de una relación entre un suceso que es relevante y la voluntad de actuación libre y consciente de la persona.

Las personas actuamos conforme a una motivación de querer realizar una conducta. Buscamos conseguir un objetivo y ponemos todos los medios necesarios para conseguirlo. Según Luis Flores Alarcon (2018) citando a Vygotsky, 1925/1999) las conductas se realizan por la necesidad de las personas de satisfacer una necesidad, por lo que utilizan todos los medios que tienen para conseguir ese resultado. Entran en juego los procesos cognitivos y los procesos afectivos de una persona. La conducta comienza por cuanto iniciativa tenga una persona por comenzar una acción, cuanto esfuerzo implique el conseguirlo y cuanto motivación tenga la persona. Además de la voluntad y el deseo de conseguirlo.

Por ello, haciendo referencia a lo anterior, es importante hacer una diferenciación entre aquellas personas que cometen un delito siendo plenamente conscientes de lo que están haciendo, sin ningún deterioro de sus funciones psíquicas y volitivas y con voluntad de querer hacerlo; de, aquellas personas que, por el contrario, no tienen un conocimiento ni consciencia de sus actos y sufren de un deterioro en estas funciones.

Es por ello, que las personas que padecen de un trastorno mental, al tener las funciones psíquicas y su proceso volitivo alterado, pueden perder la consciencia, de forma transitoria o permanentemente, de su forma de actuar.

Como corrobora el Tribunal Supremo, detallado en la sentencia 1377/2011 y en la sentencia 879/2005, para considerar a una persona como enfermo mental, “se exige no solo la existencia de un diagnóstico que aprecie una anomalía o alteración psíquica como elemento biopatológico, sino que a él debe añadirse la comprobación de que tal déficit impide al sujeto, o le dificulta en mayor o menor medida, la comprensión de la ilicitud de la conducta o bien la actuación conforme a esa comprensión.”

En el presente trabajo nos vamos a centrar en los enfermos mentales. Según J Espinosa Iborra (1997), la imputación de una persona como culpable o inocente está influida por la visión del derecho penal de que los enfermos mentales no están en las mismas condiciones que las personas que no están enfermas cuando cometen un delito.

En el artículo 20 del Código Penal (1995) se recoge las circunstancias que eximen a una persona de la responsabilidad criminal.

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

A la hora de determinar si a una persona se le aplica una eximente de responsabilidad criminal hay que tener en cuenta los siguientes factores: el diagnóstico de la enfermedad mental que padezca la persona y un dictamen de un profesional que certifique que las capacidades y competencias psíquicas de la persona se han visto afectadas en el momento de la comisión del delito. Durante la comisión, la persona tiene que desconocer la ilegalidad de su conducta y tiene que actuar de forma libre sabiendo que su conducta no es la correcta, como se puede corroborar.

Una vez se ha diagnosticado un trastorno mental, y un dictamen de un profesional ha mostrado la falta de conocimiento y de comprensión de la ilegalidad de la conducta, en la mayoría de los casos, se suelen aplicar eximentes dado que no concurren todos los hechos para inculpar a una persona como autora de un delito.

Una eximente es “una circunstancia que excluye la responsabilidad penal del sujeto por falta de acción, por exclusión de la antijuricidad o justificación, por atipicidad por falta de toda relevancia jurídica, por falta del tipo subjetivo en el accidente o caso fortuito, por exclusión solo de la tipicidad penal o del injusto penal, por exclusión de la culpabilidad o por falta de punibilidad” (Diccionario Panhispánico del español jurídico, 2017).

Existen tres tipos distintos de eximentes por las cuales el Derecho Penal juzga este trastorno en función del grado del delito y de la afectación distintos que sufra cada persona (BOE,)

- Como eximente completa: detallado en el artículo 20.1 CP, se aplica esta eximente cuando se absuelve a una persona de una pena.
- Como eximente incompleta: detallado en el art 21.1 CP, se entiende esta eximente como circunstancias que pueden atenuar la pena impuesta a la persona.
- Como simple atenuante analógica: detallada por el Tribunal Supremo es “la existencia de una semejanza del sentido intrínseco entre la conducta apreciada y la definida en el texto legal, desdeñando a tal fin meras similitudes formales y utilizándolo como un instrumento para la individualización de las penas”.

Cabe destacar que existe otro supuesto recogido en el Código Penal que recibe el nombre de trastorno mental transitorio que funciona como eximente de la responsabilidad criminal para la persona.

Según el Tribunal Supremo, el trastorno mental transitorio es “una perturbación mental pasajera, de aparición más o menos brusca producida por causas inmediatas y exógenas”. La diferencia entre el trastorno mental que se ha explicado hasta ahora y el trastorno mental transitorio, es que el segundo no perdura en el tiempo de manera permanente. Además, no podrá ser utilizado como eximente cuando la persona sea consciente de la ilegalidad de esa conducta y cuando haya querido encontrarse en esa situación como medio para justificar la ilegalidad de la misma, cómo, por ejemplo, con

el consumo de sustancias.

Como se ha mencionado anteriormente, cuando una persona se convierte en autor de un delito, se le impone una pena a cumplir. En el caso de las personas que padecen trastornos mentales, si se prueba que su enfermedad ha influido a la hora de cometer el delito, se puede aplicar un atenuante, que reduzca la pena, o incluso un eximente, si la enfermedad ha impedido que actúe con plena consciencia, desconociendo el alcance de sus actos.

Por ello, el Código Penal (1995) ha establecido una medida alternativa para tratar los casos de personas con trastornos mentales que se entienden como medidas de seguridad privativas de libertad.

Según la Confederación de Salud Mental España (1983), las medidas de seguridad privativas de libertad están fundamentadas por el riesgo que una persona pueda considerarse que puede suponer para sí mismo y para su entorno. Estas medidas deben ser proporcionales a la pena que se le podría imputar por el delito cometido y proporcionales a la amenaza que pueda suponer la persona. Estas se aplicarán por un Juez o Tribunal.

Existen varios tipos de medidas de seguridad privativas de libertad:

- Internamiento en centro psiquiátrico
- Internamiento en centro de deshabitación
- Internamiento en centro educativo especial

Trastorno bipolar

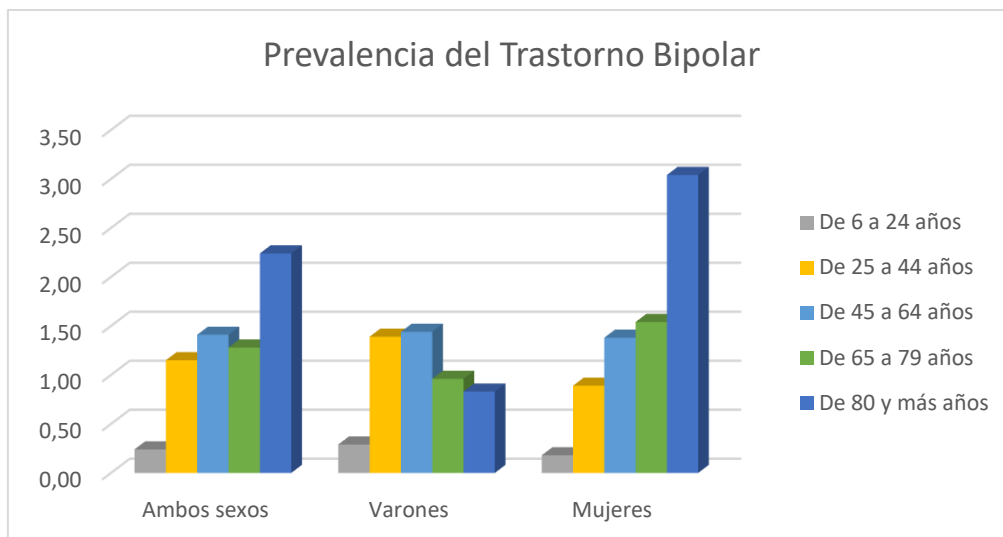


Tabla 1. Casos diagnosticados de trastorno bipolar en función del género y de la edad. Fuente: INE

El Instituto Nacional de Estadística (2008) realizó un estudio de los casos estudiados del trastorno bipolar en función del género y de los distintos rangos de edad. Podemos observar que, en el primer rango de edad, 6 a 24 años, las cifras del trastorno bipolar son casi insignificantes con respecto al resto de intervalos de edades. A partir de los 25 años, vemos que las cifras se disparan. Como punto interesante, vemos que en los primeros años las cifras de varones son muy superiores a las de mujeres, sobre todo en el intervalo de 25 a 44 y ligeramente en el intervalo de 45 a 64. Al observar el rango de 65 a 79, observamos que ocurre lo contrario, siendo los datos de las mujeres muy superiores a los de los varones. Esta tendencia se ve especialmente marcada cuando estudiamos los datos diagnosticados a partir de los 80 años.

De acuerdo con el estudio de Feldman (2001), si una persona padece una enfermedad mental, la probabilidad de que pueda ser una persona más violenta que una persona que no la padece, es alta. Además, si también padece una adicción a alguna sustancia, la probabilidad es oscila entre un 33% y un 50%. En concreto, en el trastorno bipolar, en el momento en el que la persona está sufriendo un episodio maníaco, depresivo o hipomaníaco, el riesgo de violencia también es mayor que cuando no lo está sufriendo. Cabe destacar, que los pacientes que sufren episodios maníacos tienen una tendencia mayor a ser violentos que los pacientes que sufren episodios depresivos.

En su estudio también demostró que los pacientes que estaban diagnosticados con un trastorno bipolar y que habían sido ingresados, solían ser más agresivos, en el transcurso

de las 24 primeras horas de ingreso, que las personas que padecían otro tipo de enfermedades mentales. Aunque, en comparación con los pacientes esquizofrénicos, los pacientes con trastorno bipolar responden de manera más rápida y eficaz al tratamiento que los esquizofrénicos.

Kunjkrishman y Bradford (1990) realizaron un estudio en el que demostraron que las personas que padecen trastornos afectivos mayores, entre ellos el trastorno bipolar, cometen en un 53% crímenes menores, en un 29% delitos contra la propiedad y en un 18% delitos contra personas, exceptuando delitos vinculados con violencia familiar o delitos violentos contra las personas como homicidios, asesinatos, suicidios...

Ejemplo de España, delimitado en tiempo y espacio

- Sentencia núm. 524/2021

En esta sentencia, se acusa a Don Juan Ignacio de un delito de asesinato en grado de tentativa, atentado y dos delitos leves de lesiones. El acusado acudió al Cuartel de la Guardia Civil de Valdemoro refiriendo que personas que trabajaban para el sistema le estaban amenazando y que la Policía quería matarle. Como estaba haciendo bastante ruido en los alrededores del Cuartel, salieron varios policías para ver que estaba pasando. Don Juan Ignacio agredió sin parar con una estaca de madera que tenía un clavo incrustado a uno de los policías que salieron del Cuartel. Acudieron el resto de policías a socorrerle dado que el acusado seguía golpeándole con fuerza, consiguieron que parase. Sin embargo, el acusado no paraba de repetir “lo tenía que hacer, tenía que matarle”.

La parte acusada alega que Don Juan Ignacio padecía un trastorno bipolar durante los hechos cometidos.

Tras analizar los sucesos, el Tribunal Supremo declara la existencia de una circunstancia eximente de responsabilidad criminal por la presencia de un trastorno mental. Se impone a Don Juan Ignacio medidas de seguridad de tipo internamiento con un tratamiento médico, debiendo realizar de forma periódica, cada 5 años, controles médicos para tratar la enfermedad mental.

Mediante dictámenes médicos e informes, se ha determinado que el acusado padece un trastorno bipolar y que, durante el suceso ocurrido, Don Juan Ignacio tenía sus capacidades psíquicas y volitivas completamente anuladas, por lo que no conocía lo que estaba haciendo, no comprendía que lo que estaba haciendo estaba mal y no tenía capacidad de autocontrol para frenar su conducta.

- Sentencia núm. 378/2019

En esta sentencia se acusa a Don Luis María como autor de un delito de abusos sexuales, de corrupción de menores, utilizándoles para elaborar y difundir materiales pornográficos. Durante un tiempo, Luis María utilizó a sus hermanos menores para realizar contenido pornográfico, en el que les hacía videos tocándoles los genitales, que además utilizaba para difundirlo a través de las redes sociales. Asimismo, recibía contenido de esta índole de otros menores.

La parte acusada alega que Luis María padece un trastorno bipolar de tipo I con carácter crónico, y que, en el momento de los hechos sucedidos, se había producido un brote maníaco, por lo que sus capacidades psíquicas y volitivas se habían visto afectadas.

Tras analizar los sucesos, el Tribunal Supremo declara la existencia de una circunstancia eximente de responsabilidad criminal por la presencia de un trastorno mental. Se impone a Luis María una medida de libertad vigilada durante 5 años, que tendrá que recibir tratamiento psiquiátrico también, y con la prohibición de aproximarse a las víctimas o a los lugares que frecuenten.

Mediante dictámenes médicos e informes, se ha determinado que el acusado padece un trastorno bipolar y que, durante el suceso ocurrido, Luis María tenía sus capacidades psíquicas y volitivas afectada, por lo que no conocía lo que estaba haciendo, no comprendía que lo que estaba haciendo estaba mal y no tenía capacidad de autocontrol para frenar su conducta.

3. Relación con la jurisprudencia de los últimos 10 años (búsqueda de sentencias para comprobar si los rasgos descritos en la literatura están presentes en la práctica)

Se ha realizado un estudio de todas las sentencias que refieren a delitos realizados por personas que padecen un trastorno bipolar de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo desde el año 2014 hasta el 2022.

En la mayoría de los delitos, el Juez o el Tribunal ha considerado a la persona autora del delito por falta de pruebas. Como ya se ha explicado anteriormente, la simple presencia del trastorno bipolar no afecta a la inimputabilidad, se exige una comprobación de este trastorno, demostrando que este afectaba a la persona en el momento de la comisión de los hechos, impidiendo la comprensión de la ilegalidad de la conducta. Por lo que, que las facultades volitivas e intelectuales se hayan visto influenciadas mínimamente de forma negativa, no supone la exención directa de la responsabilidad criminal. Además de que, en muchos casos, los autores del delito habían pensado o preparado previamente el delito.

En los casos en los que se aplica la eximente incompleta, como atenuante de la responsabilidad criminal, es porque gracias a los informes médico-forenses, los antecedentes médicos, los informes de profesionales (psicólogos o psiquiatras) y el dictamen del juez, se ha podido demostrar que previamente y durante el delito, la persona tenía sus facultades algo afectadas como para ser consciente totalmente de lo que estaba ocurriendo, sin ser una afectación total de pérdida del contacto con la realidad.

Asimismo, se ha dado un caso en el que se ha aplicado una eximente por atenuación analógica. En la Sentencia núm. 646/2016 de 14 julio. RJ 2016\3400, la eximente por atenuación analógica se aplica porque el Juez considera que existe una pequeña afectación de las facultades volitivas, pero no existe afectación de las facultades intelectuales. El Código Penal recoge que este tipo de atenuante se suele aplicar porque es considerada una circunstancia atenuante pero no se cumplen todos los requisitos necesarios para poder considerarlo como una eximente incompleta.

El tipo de delitos con el que estaba asociado el trastorno bipolar son los delitos violentos contra las personas; concretamente, homicidios, lesiones y asesinatos. Delitos de abusos

sexuales, delitos contra la salud pública, delitos de estafa, delitos de agresión sexual y delitos de conducción temeraria, un sólo delito de incendio y un delito de apropiación indebida.

Los delitos que más han concurrido son los delitos contra las personas. En este tipo de delitos se ha considerado a la persona autor de delito debido a que no se ha podido demostrar la pérdida de las facultades, además de que el delito cometido suele realizarse habiéndose planificado con anterioridad. En la Sentencia núm. 631/2018 de 12 diciembre, el acusado Edemiro realizó el delito permaneciendo en espera hasta que las víctimas se hubiesen quedado dormidas.

Se puede ver como en los delitos de estafa, no son las personas que padecen el trastorno bipolar los autores del delito, si no que son otras personas las que aprovechan la enajenación mental de otra persona para utilizarlo en su favor. Lo podemos observar en la Sentencia núm. 646/2016 de 14 julio. RJ 2016\3400. En este caso, la autora del delito, Florencia, utilizó el trastorno bipolar que padecía Baltasar, para extraer dinero de su cuenta sin su permiso y le hizo firmar una autorización para que ella tuviese acceso a sus cuentas.

En cuanto a los delitos de agresión o abuso sexuales, concurre la circunstancia eximente incompleta, aunque se considera a la persona autora del delito por falta de pruebas suficientes como para considerar la eximente completa.

Se puede observar que en los casos en los que las facultades volitivas e intelectuales y la comprensión está muy afectada, además de la aplicación de la circunstancia eximente, el Juez o Tribunal aplica medidas de seguridad como el internamiento en un centro psiquiátrico para poder tratar la enfermedad mental del autor y de esta forma, reducir la peligrosidad de la persona para una posible comisión de nuevos delitos, pero sobre todo, para poder tratar esta enfermedad mental con profesionales que le den un trato especializado.

Existe un caso, en donde se aplicó una eximente completa a un hombre de Valladolid que había cometido un delito de conducción temeraria, conduciendo sin carnet, y que acabó sufriendo un accidente. Se presentaron pruebas donde se demostró que, como consecuencia del trastorno bipolar que padece, sus facultades volitivas e intelectuales estaban completamente afectadas, hasta el punto de perder totalmente el contacto con la

realidad, rozando la psicosis.

CONCLUSIONES

El objetivo del sistema penitenciario y de las medidas de seguridad no es solo proteger a la población de un ataque sino también, en España lo que se intenta es reinsertarles en la sociedad.

Según el artículo 25.2 de la Constitución Española “*las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social [...]*”, lo cual significa que la intención última de un ingreso penitenciario o un internamiento como medida de seguridad, no debería estar tan focalizado en la función punitiva del castigo o en la protección del resto la sociedad, sino en la adecuada devolución de una persona que ha delinuido de manera que pueda vivir en sociedad respetando los derechos y libertades del resto de ciudadanos, sin incumplir ninguna ley. Al tratarse de un trastorno mental, creemos que un ingreso penitenciario en estos casos no sólo no ayudaría en absoluto a la reinserción de estas personas, sino que por el contrario, podrían empeorar gravemente, al ser un entorno que no está adecuado a las necesidades del convicto ni en el que está previsto un adecuado tratamiento psicológico para los condenados. Es por ello que, tras la revisión de sentencias realizadas, estamos de acuerdo con el trato que se da de manera generalizada a las personas con estas características que cometen un delito, siendo la condena a un internamiento la medida de seguridad establecida más común, contribuyendo a mejora de los episodios maniaco depresivos a través de distintos tipos de tratamiento.

Como hemos explicado previamente, durante las crisis que sufren estas personas, oscilan entre episodios maniacos y depresivos o mixtos, generándose fuertes cambios en la manera de actuar de la persona, y su manera de percibir la realidad. En concreto hemos destacado cómo los episodios maniacos, caracterizados por fuertes fantasías de grandiosidad, de euforia, de hiperactividad, de irritabilidad...etc, llegan a ser comparados a episodios de psicosis, que precisamente son la pérdida absoluta del contacto con la realidad. Esto nos hace plantearnos que la persona que sufre de un trastorno bipolar difícilmente puede comprender que está cometiendo un delito, pero

sobre todo que no tiene la capacidad de comprender que lo está cometiendo, lo cual nos invitaría según el Código Penal actual a apoyar las decisiones de los jueces de aplicar eximentes y medidas de seguridad.

Falta investigar de manera más extensa el origen de esta enfermedad, con el objetivo de dictaminar si es adecuado el tratamiento que reciben estas personas en los regímenes de internamiento. Actualmente se sabe que la salud mental de los padres influye enormemente en la de los hijos; más allá del factor genético, el ambiente y la experiencia de un trauma temprano puede marcar significativamente el desarrollo evolutivo de una persona. Es por ello que, con el objetivo de avanzar hacia una sociedad más pacífica y de prevenir la delincuencia, sería interesante abordar qué se sabe a día de hoy sobre el trastorno bipolar, qué impacto tiene el ambiente, hasta qué punto es genético, cómo se está tratando en las instituciones, y qué podemos hacer para frenar la transmisión intergeneracional de los trastornos mentales que tienen un impacto en la delincuencia.

Como se ha demostrado en este trabajo, las personas que cometan un delito sólo porque padezcan un trastorno bipolar no significa que se exima a la persona de la responsabilidad criminal, es necesario probar que la persona no solo es autora del delito, si no que también tiene que haberse visto afectada la comprensión de la persona en el momento de la comisión del delito y que entienda la persona tiene que conocer el acto que está cometiendo, tiene que ser consciente y tiene que querer realizar ese acto, tiene que comprender que lo que está haciendo está mal y tiene que tener capacidad de autocontrol.

Los delitos más recurrentes que las personas con un trastorno bipolar padecen son los delitos violentos contra las personas, haciendo especial mención a los homicidios, lesiones y asesinatos. Los abusos sexuales también son considerados como algunos de los delitos que más cometen las personas con este trastorno. En menor medida aparecen delitos de estafa, en los que las personas aprovechan la condición de enajenación mental para beneficiarse de la situación. Sin embargo, en los delitos de conducción temeraria las personas suelen verse afectadas en mayor medida las facultades volitivas e intelectuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carlson, G. A., & Goodwin, F. K. (1973). The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Archives of general psychiatry*, 28(2), 221-228.

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/490839>

Carlson, G. A., & Kashani, J. H. (1988). Manic symptoms in a non-referred adolescent population. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 219-226.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0165032788900195>

Código Penal (BOE) 2021

Confederación Salud Mental España (1983)

Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *The American journal of psychiatry*. <https://psycnet.apa.org/record/1993-45435-001>

De Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 179-185.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989114001025>

Diccionario Panhispánico del español jurídico (2017)

Editorial Wolters Kluwer (1987)

Espinosa Iborra, J. (1997). El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 17(64), 607-625.

Feldmann, T. B. (2001). Bipolar disorder and violence. *Psychiatric Quarterly*, 72(2):119-129.

Flórez-Alarcón, L. (2018). La intencionalidad de la acción en el proceso motivacional humano. *Psychologia*, 12(2), 115-135.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.

Hartmut Lesch, H. (2019). Injusto y culpabilidad en Derecho penal. *Revista De Derecho Penal Y Criminología*, (6), 253–271.

Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88142>
http://www.spu.org.uy/revista/jul2006/06_psp.pdf

Jara, M. L., Lana, K. L., Schneider, L. S., & Torres, K. E. L. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de posgrado de la vía catedra de medicina*, 177, 22-24. Recuperado de: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista177/5_177.pdf

Kraepelin, E. (1998). La locura maniaco-depresiva (1913). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(65), 087-098.

Kunjk Krishnam, R. y Bradford, J. (1990). The profile of a major affective disorder offender. *Psychiatr J Univ Ott*, 15:11-14

L Gómez-Durán, E., I Carrión, M., Xifró, A., & Martin-Fumadó, C. (2010). Características clínicas y consecuencias legales del comportamiento violento: un caso de trastorno bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6).

L Viola, CE Prego. (2006). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Recuperado de:

Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40, 130S-146S.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745014601992>

Modestin J. Thiel C. Erni T. (2002). Relationship of criminality to endogeneity and anxiety in patients with unipolar depression. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 56(2):153-9

Morriss R, Yang M, Chopra A, Bentall R, Paykel E, Scott J. Differential effects of depression and mania symptoms on social adjustment: prospective study in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013; 15 (1):80-91.

<https://www.researchgate.net/publication/258176564> Morriss R Yang M Chopra A Bentall R Paykel E Scott J Differential effects of depression and mania symptoms on social adjustment a prospective study *Bipolar Disord* 2013 Feb;15:80-91

Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), 241-247.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673602074500>

Organización Mundial de la Salud. (28 de noviembre de 2019). *Trastornos Mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Pichot, P. (1995). El nacimiento del trastorno bipolar. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 2(3), 143-158. <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry-ed-espan-ola/article/abs/el-nacimiento-del-trastorno-bipolar/9E118B14CE43155C85FEB0FDF8CE81A6>

Sancho Casín, L (. De las Personas Criminalmente Responsables de los Delitos. *Big Data Jurist*.

<https://acceso.comillas.edu/https/bigdata.economistjurist.es/big/?accion=verFicha&idFicha=1896&n=undefined>

Vázquez, G. H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 14(2), 9-24.

Zorrilla, M. J. M., & Mesa, F. J. G. (2012). Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. *ENE, Revista de Enfermería.*, 6(2), 81-88.