



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

DELICTOGÉNESIS Y CRIMINODINAMIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

José Manuel Muñoz Vicente, Laura González Guerrero*, Mila Arch**, y Alba Águila-Otero**

*Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses de la Comunidad de Madrid.

**Universitat de Barcelona

Introducción	2
Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)	3
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	5
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	8
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	9
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	11
Trastornos neurocognitivos	13
Trastornos de la personalidad	15
Trastornos parafilicos	17
Conclusión	19
Referencias bibliográficas	21

Introducción

La asociación entre trastorno mental y delito, especialmente con los de carácter violento por su irracionalidad, viene de antiguo y se basa en la equiparación que se hace del concepto de conducta acorde a la normativa social y normalidad, en términos de salud mental y, por consiguiente, la asociación entre conducta antinormativa o desviada y anormalidad, en términos clínicos. Es decir, solo el individuo anormal (afecto de un trastorno) puede vulnerar el orden social (García-Pablos, 1988).

Respecto a la relación entre trastorno mental y violencia, el tratamiento sensacionalista que realizan los medios de comunicación (que genera una elevada alarma social) y las características atribuidas a la violencia derivada de un trastorno mental (ilógica, imprevisible y de extrema crueldad) han contribuido notablemente a esa asociación, y lo que es peor, provocó la estigmatización y el trato degradante del delincuente con trastorno mental, justificando su confinamiento en jaulas y posteriormente en manicomios (Esbec, 2006).

Sin embargo, los estudios realizados señalan que la mayoría de las personas que cometen delitos en general, y delitos violentos en particular, no padecen un trastorno mental, más al contrario, estas personas son en mayor medida un riesgo para sí mismo o para ser víctimas de delitos, por su nivel de indefensión (Muñoz y Loinaz, 2020). En otras ocasiones, la violencia generada por estas personas es reactiva a la marginalidad y actitudes de rechazo del resto de la sociedad (Loinaz et al., 2011; Esbec y Echeburúa, 2016). Por otro lado, los estudios que reflejan alta correlación entre trastorno mental y delincuencia han demostrado importantes limitaciones metodológicas (Loinaz, 2017). En relación a los delitos violentos, la problemática que mejor ha demostrado su asociación con conducta violenta es la psicopatía (Redondo, 2017). Al abordar la relación entre violencia y trastorno mental, parece más apropiado hablar en términos de semiología (signos y síntomas) y rasgos dimensionales que de cuadros clínicos. Así, las variables clínicas más relacionadas con violencia son: alteraciones del contenido del pensamiento (delirio persecutorio, celotípico y erotomaníaco), alucinaciones auditivas, especialmente imperativas y/o de hostilidad, consumo de tóxicos (patología dual), pobre conciencia de enfermedad, baja adherencia al tratamiento, impulsividad e irascibilidad. La falta de apoyo social, la exposición a malos tratos en la infancia y una historia de violencia también son predictores de reincidencia violenta en personas con trastorno mental (Echeburúa, 2020)

En este epígrafe vamos a abordar los cuadros clínicos más asociados a comportamiento delictivo, siguiendo la nomenclatura del DSM-5: discapacidad intelectual, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, trastornos neurocognitivos, trastornos de la personalidad y trastornos parafílicos. Comenzaremos realizando una breve descripción de la clínica del trastorno, como explicación al comportamiento delictivo, los delitos más habituales y su tratamiento jurisprudencial en relación con la imputabilidad.

Recuerda: La mayor parte de personas diagnosticadas con un trastorno mental no llegarán nunca a cometer un delito; la mayor parte de delincuentes no presentan una psicopatología.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)

La discapacidad intelectual se define en el DSM-5 como un trastorno del desarrollo psicológico que afecta no sólo a la inteligencia, sino al funcionamiento general de la persona, y que se detecta desde temprana edad, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, aunque en ocasiones también puede deberse a un daño adquirido durante el período de desarrollo a causa, por ejemplo, de una lesión cerebral grave, en cuyo caso también puede diagnosticarse un trastorno neurocognitivo. Se caracteriza por un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. El paciente no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social, en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en casa o en la comunidad (DSM-5). Un aspecto a tener en cuenta por el perito psicólogo es la enorme disparidad entre las personas con discapacidad intelectual, más si cabe que entre las personas de la población general (Alemany et al., 2012).

El DSM-5 describe cuatro niveles de gravedad: leve, moderado, grave y profundo. Los diversos niveles de gravedad se delimitarán según la afección al funcionamiento

adaptativo, y no según las puntuaciones de cociente intelectual (CI)¹. Los resultados de las pruebas destinadas a establecer el CI son aproximaciones al funcionamiento conceptual, pero pueden ser insuficientes para evaluar el razonamiento en situaciones reales y el dominio de las tareas prácticas. En este sentido, las evaluaciones neuropsicológicas que incluyan múltiples áreas cognitivas (comprensión verbal, capacidad de percepción visual, memoria de trabajo, memoria y aprendizaje verbal, memoria y aprendizaje visual, velocidad de procesamiento cognitivo y funciones ejecutivas), son más útiles para entender las capacidades intelectuales que una única puntuación de CI y, por ende, para predecir la funcionalidad de la persona evaluada (Slachevsky et al., 2010). En cualquier caso, es necesaria la valoración clínica para interpretar los resultados de las pruebas de CI (APA, 2014).

Distintos trabajos de investigación señalan una elevada comorbilidad en pacientes con discapacidad intelectual, entre tres y cuatro veces más que en población general. Entre un 30-60% presentan problemas de conducta asociados y al menos un 9% presentan trastornos mentales graves. Se ha destacado también, la presencia de condiciones orgánicas como la epilepsia o deterioros sensoriales que limitan aún más su capacidad (Rodríguez et al., 2011).

La criminodinámica de las personas con discapacidad intelectual es baja y suele estar relacionada a otras limitaciones asociadas al trastorno, como la inmadurez afectiva, la impulsividad, la sugestionabilidad, la inadaptación social y la desinhibición. Los casos moderados o límites son los más proclives a cometer delitos y los más difíciles de evaluar desde el punto de vista forense. Entre los delitos más habituales cometidos por personas con discapacidad intelectual están lesiones a terceros en accesos de agresividad sin control, delitos relativos a la esfera sexual por la falta de censuras en el sujeto y delitos de omisión, imprudencia y negligencia (Fuertes, 2012).

Respecto al tratamiento jurídico en relación a la imputabilidad, los grados profundo y grave conllevan, en general, una plena inimputabilidad. El resto de niveles de gravedad necesitarán un análisis individual, valorando la capacidad cognitiva del sujeto y la complejidad de los hechos que se le imputan. Además de los aspectos cognitivos, habrá de tenerse en cuenta, dependiendo del caso, otros aspectos como la sugestionabilidad y

¹ En anteriores ediciones del DSM el diagnóstico del nivel de gravedad se realizaba en relación con puntuaciones del CI: retraso mental leve (CI: entre 50-55 y aproximadamente 70), retraso mental moderado (CI entre 35-40 y 50-55), retraso mental grave (CI: 20-25 Y 35-40) y retraso mental profundo (CI: <20-25).

la facilidad con la que se puede manipular a estas personas, así como la falta de autocontrol y la tendencia a los actos en cortocircuito, que también suelen ser consecuencia de la limitación intelectual y que pueden afectar significativamente su capacidad volitiva. Como norma general, a más sofisticación del acto delictivo, menos probabilidad de lo que haya llevado a cabo una persona con discapacidad (Fuentes, 2012).

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Este grupo de trastornos, complejo y heterogéneo, ha representado el paradigma de la locura (psicopatología grave), y lo que tradicionalmente desde el ámbito jurídico se consideraba como enajenación mental (Esbec, 2006). La característica principal de este grupo de trastornos es la pérdida de contacto con la realidad (vivencia de una realidad muy distinta a la de las personas que los rodean), con alteración de todos los procesos psicológicos básicos (percepción, pensamiento, conducta motora, afectividad, autoconciencia, atención y vigilancia y razonamiento inferencial) y ruptura de la continuidad histórico-biográfica del individuo (Esbec y Echeburúa, 2016; Fonseca, 2018; Godoy et al., 2011).

Los síntomas y fenómenos clínicos asociados son delirios (creencias fijas, erróneas y resistentes a la evidencia en contra, que no pueden entenderse dentro del contexto socializador del individuo y que derivan en malinterpretaciones de percepciones y experiencias), alucinaciones (percepciones sin la presencia de un estímulo externo, que son vívidas, claras e involuntarias), pensamiento (discurso) desorganizado (descarrilamiento, incoherencia, ilogicidad y neologismos), comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos (abulia, alogia, apatía, anhedonia, y asociabilidad) (APA, 2014).

Este grupo de trastornos cursan de forma aguda o crónica, en cualquier momento del desarrollo vital y suponen una desintegración de las funciones psíquicas (cognición, emoción y conducta) y, en fase aguda, conllevan, mayor o menor, pérdida de juicio de realidad y conducta congruente con la temática alucinatoria y/o delirante, y pueden transformar profundamente la personalidad del individuo (Checa, 2010).

La delictología en los trastornos psicóticos suele ir asociado a la fase activa del mismo (brote o descompensación asociado a abandono de tratamiento), que, a su vez, suele ir precedida de signos prodrómicos pasivos (aislamiento, incomunicación, anhedonia,) y activos (conductas extrañas, conflictividad con el entorno, alteración de rutinas, hábitos, etc.), que deberían poner en alerta al entorno del paciente (Echeburúa y Loinaz, 2011).

La conducta delictiva del paciente psicótico se caracteriza por su incomprensibilidad, ausencia de motivación y, en ocasiones, por suponer un riesgo para sí mismo (Esbec y Echeburúa, 2016). En general, son delitos que acontecen inesperadamente. Las motivaciones se enmarcan en una base patológica, ideas delirantes, fonemas imperativos o impulsos derivados de profundas alteraciones del comportamiento, humor y afectividad.

Dentro de este grupo de trastornos el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Trastorno esquizotípico (de la personalidad)
2. Trastorno delirante
3. Trastorno psicótico breve
4. Trastorno esquizofreniforme
5. Esquizofrenia
6. Trastorno esquizoafectivo
7. Trastorno psicótico inducido por sustancias /medicamentos
8. Trastorno psicótico debido a otra afección médica
9. Catatonia
10. Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
11. Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

La revisión de la doctrina jurisprudencial permite observar que la esquizofrenia paranoide y el trastorno delirante son las patologías psicóticas que con más frecuencia plantea problemas legales; esta circunstancia se debe a características compartidas tales como la suspicacia, hostilidad, agresividad y convicción delirante.

Respecto a la tipología delictiva existe una amplia diversidad, predominando los delitos contra las personas, que puede explicarse por la elevada comorbilidad de las psicosis, principalmente con trastorno de personalidad y consumo de tóxicos, y la elevada marginalidad social asociada a estos trastornos (Fernández et al., 2018).

El tratamiento jurisprudencial respecto a la imputabilidad nos muestra que si bien a priori estas patologías podrían tener plena cabida entre las causas de exención o atenuación de la responsabilidad criminal que recoge nuestro Código Penal en sus artículos 20 y 21 (las psicosis constituyen lo que algunos conocen como la “auténtica locura”), no debe efectuarse nunca a priori una relación directa entre el padecimiento de

estos cuadros (o de ningún otro) y unas determinadas repercusiones jurídicas. La valoración de la responsabilidad penal contempla una aproximación biopsicosocial, no centrada exclusivamente en la presencia o ausencia del trastorno (no todos los actos que realizan los psicóticos tienen relación directa con su psicopatología). No obstante, desde el punto de vista legal, la tendencia viene siendo el reconocimiento de la eximente completa o incompleta. Es en el trastorno psicótico en el que tiende a reconocerse con mayor frecuencia una plena inimputabilidad es la esquizofrenia paranoide, donde se tiende a resaltar la actuación bajo unas circunstancias de ruptura con la realidad que le impiden al acusado comprender la ilicitud del hecho o ajustar su conducta a dicho conocimiento.

Por su peligrosidad criminal, merece una mención especial el trastorno delirante (antiguamente denominado paranoia). Las características de este trastorno, dentro del espectro psicótico, dificulta la detección del cuadro, su supervisión y control, y por ende, su estimación del riesgo (Loinaz, 2014). Estas personas pasan desapercibidas en el contexto social, transmitiendo una apariencia de salud mental, pensamiento coherente y comportamiento adaptado, en todos los campos de su vida a excepción del comprometido por su delirio. El delirio está sistematizado, y su contenido no es bizarro, es decir, puede ser real para el observador externo (conspiración, acoso, infidelidad, etc.). El paciente delirante se siente perseguido, perjudicado, despechado u obligado a cumplir una misión contra el mal, lo que le genera intensos estados de ira, rabia y hostilidad (afecto disfórico), que explicarían su comportamiento violento. Aunque sabe lo que hace y quiere hacerlo, su conducta obedece a una condición patológica. Los crímenes de estos pacientes se caracterizan por ser premeditados con largos periodos de latencia (trastorno insidioso y progresivo), disponiendo de capacidad cognitiva para planearlos y ejecutarlos, vividos como necesarios, incluso a veces de forma sublime, por el autor y con total ausencia de arrepentimiento. Estos pacientes perciben el proceso judicial como injusto, mostrándose desconfiados, negativistas, agresivos o desafiantes en su paso por el sistema de justicia (Esbec, 2006).

En ocasiones los delirios persecutorios no derivan en conducta violenta grave sino pleitista o querulante (múltiples querellas y denuncias), pudiendo aparecer violencia verbal en forma de injurias, insultos, etc., incluso a miembros del sistema de justicia que incluyen en su delirio cuando éstos no reconocen las injusticias a las que “están” sometidos, lo que provoca acciones del sistema de justicia contra ellos, reforzándoles así,

en ocasiones, su delirio de maltrato y victimización por parte de las instituciones (Carrasco y Maza, 2005).

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

El aspecto nuclear del trastorno bipolar es la alteración de las emociones, y por tanto, la intensidad con la que se percibe y vive el mundo. Las reacciones emocionales antes los sucesos vitales son desproporcionadas o extremas, derivando en toma de decisiones de consecuencias negativas para el individuo. El síntoma clave son los cambios bruscos, inmotivados, desproporcionados y fluctuantes del estado de ánimo, predominantemente de alegría, tristeza o angustia/ irritabilidad (estado disfórico). Estos cambios suelen acompañarse de oscilaciones en el nivel general de actividad (vitalidad), afectando a los distintos aspectos vitales de la persona. También provocan alteraciones en las funciones fisiológicas (sueño, alimentación e impulso sexual), cogniciones (dificultades de concentración, cambios en la forma de percibir el entorno, pudiendo aparecer alucinaciones, alteraciones en el curso y contenido del pensamiento y la autoestima) y en las conductas, especialmente en el número y tipo de actividades (Bescos et al., 2011). La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el desencadenante de cada episodio suele ser un estresor psicosocial. La recuperación completa entre episodios suele ser habitual (Esbec, 2006).

Respecto a la criminodinamia, en los episodios depresivos hay pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad o de culpa, aumentando el riesgo de suicidio y de suicidio ampliado. Los episodios maníacos son más delictógenos, debido sobre todo a la exaltación del estado del ánimo. Están descritos delitos violentos (irritabilidad), estafas, delitos sexuales y usurpación de títulos y honores (Cabrera y Fuertes, 1997).

Dentro de este grupo de trastornos el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Trastorno bipolar I
2. Trastorno bipolar II
3. Trastorno ciclotímico
4. Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos
5. Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica
6. Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado
7. Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Una mirada al abordaje jurisprudencial de los trastornos bipolares permite darse cuenta prontamente que es durante las fases maníacas e hipomaníacas del trastorno bipolar cuando se producen con mayor frecuencia conductas delictivas. Tal y como se pincelaba previamente, en estas fases el pensamiento se acelera, las emociones se hacen más intensas, disminuye la necesidad de dormir y se enfatizan las relaciones sociales y afectivas, acompañándose todo esto de irritabilidad o muy escasa resistencia a la frustración; sin duda un conjunto de síntomas capaces de derivar en numerosas conductas desajustadas y delictivas.

El tratamiento jurisprudencial respecto a la imputabilidad nos muestra que hay una marcada tendencia a considerar que la conducta delictiva ha sido provocada por la patología del encausado, máxime cuando la sintomatología del trastorno se ha visto exacerbada por la concurrencia del consumo de alcohol u otras sustancias (nada infrecuente en personas con trastorno bipolar). De este modo, es habitual que se reconozca una eximente o atenuante de la responsabilidad penal. Cuando el delito ocurre en un episodio depresivo mayor o maníaco, puede llegar a considerarse que existe una anulación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de ajustar la conducta a la comprensión del mismo (características que también se tendrán en cuenta si se plantean otras cuestiones tales como la capacidad de consentir de la persona durante tales episodios). En las formas atenuadas sintomatológicamente, cuadro de hipomanía o trastorno ciclotímico, se reconoce una menor influencia sobre la conducta delictiva (aunque en muchos casos se observa comorbilidad con drogas o alcohol, provocando una perturbación mayor del funcionamiento psíquico y, por consiguiente, una mayor influencia sobre la conducta ilícita). Cuando la conducta delictiva se produce en un periodo libre de síntomas, no se debe presuponer que exista incidencia sobre la imputabilidad (salvo en algunos casos de mala evolución interfases).

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

El rasgo esencial de este grupo de trastornos es la marcada dificultad para el autocontrol del comportamiento y de las emociones, que se traduce en conductas antisociales, especialmente de carácter violento y destructivo. Previa a la conducta hay una sensación intensa de tensión o activación y una experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumarla (Fuentes y Senín, 2011). Este grupo de trastornos se unen en un espectro de exteriorización común asociado a las dimensiones de personalidad etiquetadas como desinhibición y (inversamente) restricción y, en menor medida, emocionalidad negativa. Esto explicaría la alta comorbilidad entre estos trastornos, así

como con el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de la personalidad antisocial (APA, 2014).

Dentro de este grupo de trastornos el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Trastorno negativista desafiante
2. Trastorno explosivo intermitente
3. Trastorno de conducta
4. Piromanía
5. Cleptomanía
6. Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
7. Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado

Este grupo de trastornos, por su propia clínica, son muy proclives a generar conflictos legales, especialmente delitos violentos. Los pirómanos y cleptómanos son los que con más frecuencia se ven implicados en procesos penales. También el llamado trastorno explosivo intermitente, es frecuente en delitos de lesiones e incluso homicidio; las conductas delictivas provocadas por este cuadro aparecen súbitamente, sin motivación aparente.

También nos encontramos con delitos que forman parte de la esencia misma de los trastornos. Así estaría el hurto del cleptómano, inmotivado, no planificado y sin ánimo de lucro, o el incendio deliberado, consciente y muy elaborado del pirómano. Estos delitos se originan por la confluencia de dos factores: por un lado, la intensa ansiedad-impulsividad-agresividad existente; y por otro, el precario control noético-racional, lo que origina actos en cortocircuito en los que la regulación volitiva se encuentra afectada (Cabrera y Fuertes, 1997).

El tratamiento jurisprudencial respecto a la imputabilidad de este conjunto de trastornos, nos muestra que en general no se reconoce afectación de la capacidad cognitiva en estos trastornos si no coexisten otros trastornos o factores en el momento de la comisión delictiva; tiende a considerarse una alteración de la capacidad volitiva, determinada por la imposibilidad para resistir los impulsos que le conducen al delito. Cabe tener en cuenta, que una vez superado el impulso, la persona tiene conciencia de su conducta y demuestra arrepentimiento por la misma, circunstancias que son relevantes en la valoración psicojurídica de estos casos.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Este apartado alude a las denominadas drogas de abuso que se definirían como *“aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psico-orgánico y de conducta social”* (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

Por drogodependencia o dependencia de drogas la OMS entiende, el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) el deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) la tendencia a incrementar la dosis; 3) la dependencia física y generalmente psíquica con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) los efectos nocivos para el individuo y para la sociedad (OMS, 1964).

Tal y como contempla el DSM-5, en ocasiones el aumento de la dopamina y de activación de los sistemas de recompensa del cerebro que favorecen la aparición de dependencias, no requiere del consumo de una sustancia. Patrones, conductas o hábitos a priori, incluso saludables, pueden convertirse en trastornos adictivos si se produce una pérdida de control a la hora de realizar la conducta, persistiendo en ella incluso a los efectos negativos producidos o derivados de la misma. Dentro de este grupo, los trastornos más conocidos son el juego patológico, las tecno adicciones, la adicción al sexo, al trabajo, a las compras y, más recientemente, a la comida. Estas conductas adictivas podrían llegar a derivar en actuaciones delictivas por acción o por omisión, pudiéndose considerar afectado el componente volitivo de la conducta ilícita que vendría motivada por la insistencia en la reiteración insistente de la adicción. Si nos centramos en el juego patológico, el aspecto psicopatológico central a efectos de imputabilidad es la impulsividad. Son estos impulsos patológicos (similares a los que están presentes en los drogodependientes) los que pueden llevar al individuo a jugar compulsivamente y a cometer actos delictivos para lograr tal fin. Cuanto más planificada sea la conducta delictiva y más tiempo medie entre la planificación y la ejecución de la conducta motora, mayor puede ser la imputabilidad y menos probable la atribución de la conducta a la impulsividad (Del Toro, 1996; citado en Echeburúa et al., 2000)

En los sujetos con problemas relacionados con adicciones o con drogas es habitual encontrarnos alta comorbilidad psicopatológica (patología dual). Por un lado, el consumo de sustancias puede producir como efecto la aparición de semiología psicopatológica (trastorno mental inducido por sustancias); y por otro, muchos individuos con trastorno

mental pueden ser consumidores de sustancias. Diferenciar el trastorno mental inducido del trastorno mental primario no es fácil, entre otras cuestiones, porque el trastorno mental inducido no excluye la descompensación de un trastorno mental primario (Martín del Moral y Lorenzo, 2003).

Dentro de los trastornos relacionados con sustancias, el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Trastorno por consumo de sustancias: patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias (sobre los 10 tipos de sustancias, a excepción de la cafeína, que recoge el capítulo: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias).
2. Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, por la intoxicación, la abstinencia o el abuso de éstas. Pueden aparecer en cualquiera de las 10 sustancias recogidas en el capítulo, o en una gran variedad de medicamentos.

La criminodinamia asociada a las drogas se podría recoger en cuatro grandes grupos (Esbec y Echeburúa, 2014): a) delitos debido a los efectos farmacológicos directos o indirectos de la sustancia, bien por intoxicación o por la abstinencia; b) delincuencia funcional o instrumental, generalmente contra la propiedad para obtener dinero para sufragarse el consumo; c) delitos de narcotráfico a pequeña escala para autoabastecerse el consumo; d) delitos de narcotráfico a gran escala (delincuencia organizada), que incluye además otros delitos (blanqueo de capitales, delitos fiscales, tráfico y posesión ilegal de armas, coacciones, homicidios, estafas, etc.).

Al delincuente toxicómano se le pueden aplicar las eximentes del art. 20.2 (intoxicación o síndrome de abstinencia) o las atenuantes del art. 21.2 (adicción a la sustancia), entre otros. Si bien el Tribunal Supremo ha ido planteando sucesivas exigencias: la objetivación de la drogodependencia mediante informe pericial; b) la acreditación de la drogodependencia actual y su relación con los hechos denunciados; c) la acreditación de la gravedad y cronicidad diferenciándola del simple consumo; d) la objetivación de la gravedad del síndrome de abstinencia; e) la descripción del cuadro físico y/o psíquico a que da lugar; f) el estudio del tipo de sustancia al que se es adicto; y g) el estudio de la personalidad del drogodelincuente (Esbec y Echeburúa, 2014).

Si bien el consumo de cualquier tipo de droga puede dar lugar a conductas delictivas, la revisión de doctrina jurisprudencial permite ver una mayor frecuencia de cocaína como

sustancia implicada en tales acciones ilícitas, resaltando la desinhibición, irritabilidad y euforia asociada a la misma. A pesar de la acreditación en el delincuente de consumo de sustancias, la revisión de la doctrina jurisprudencial no permite hablar de una tendencia mayoritaria a reconocer eximentes completas o incompletas en la responsabilidad penal del encausado, sino más bien a reconocer el consumo como una atenuante de la misma que no impiden la entrada en prisión, si procede, del acusado (se insiste de nuevo en la necesidad de analizar todos los factores implicados en el caso y no relacionar directamente un determinado padecimiento psíquico con una valoración jurídica concreta).

En el caso de trastornos adictivos sin sustancia, como es el caso del juego patológico, las capacidades cognitivas del encausado tienden a considerarse intactas (comprende la ilicitud del hecho), si bien se valora la posibilidad de que las capacidades volitivas se encuentren afectadas ya que la persona tiene dificultad para controlar su conducta. Esta tendencia jurisprudencial está en clara consonancia con lo señalado por diversos autores (Esbec y Delgado, 1998; en Echeburúa et al., 2000) al manifestar que en la ludopatía se considera la atenuante analógica como una circunstancia modificativa en la medida en que afecta negativamente a las facultades volitivas del sujeto, al inferir en el pensamiento reflexivo y en el sistema de creencias, distorsionar la percepción de la realidad y alterar el sistema motivacional y de afectos. No obstante, la afectación de las capacidades cognitivas y volitivas del jugador patológico (o de personas con otros cuadros adictivos) tiende a verse más clara cuando, como ocurre con frecuencia, se da comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos o alteraciones de la personalidad.

Recuerda: No es posible hablar de una teoría general de las repercusiones forenses de los trastornos psicopatológicos o de su influencia sobre la conducta delictiva. Cada caso debe analizarse de modo único, reuniendo toda la información que permita determinar de qué modo pudo, si es que lo hizo, influir la patología sobre el delito.

Trastornos neurocognitivos

La característica común a este grupo de trastornos es que comprometen las funciones cognitivas superiores (alteraciones estructurales y/o funcionales del cerebro), produciendo desajustes en la adaptación del sujeto a su entorno. Su origen puede ser una enfermedad física, el consumo de sustancias o el envejecimiento (Rodríguez et al., 2011).

Dentro de este grupo de trastornos el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Delirium
2. Trastornos neurocognitivos mayores y leves
3. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer
4. Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve
5. Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy
6. Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve
7. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral
8. Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos
9. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH
10. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad por priones
11. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson
12. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington
13. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica
14. Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a etiologías múltiples
15. Trastorno neurocognitivo no especificado

La comorbilidad con otros problemas psicopatológicos es alta. Trastornos del estado del ánimo, de ansiedad, de personalidad o psicóticos pueden aparecer conjuntamente. Así, el deterioro cognitivo puede ser una entidad propia o un síntoma de otras entidades nosológicas. La forma de aparición, la evolución y la clínica del deterioro cognitivo, son aspectos fundamentales para el diagnóstico diferencial (Beltrán, 2004).

La criminalidad de este tipo de trastornos suele producirse en las fases iniciales, donde el deterioro es todavía leve, disminuyendo la actividad delictiva conforme avanza el deterioro. Los delitos asociados a estas entidades clínicas suelen ser delitos sexuales, delitos violentos, principalmente, sobre cuidadores, y estafas. La vulnerabilidad a la sugestión de estos pacientes les convierte muy frecuentemente en víctimas de delitos o en instrumentos para delinquir (Tejero et al., 2003).

En el contexto jurídico los trastornos por demencias (trastornos neurocognitivos mayores) tienen una alta incidencia en los procesados. Es poco frecuente que un delito se cometa bajo un delirium, dado que el estado de obnubilación de la conciencia que acompaña a este trastorno no es compatible con una conducta delictiva (a no ser que sea por omisión o negligencia). En el caso que llegase a producirse una actuación ilícita, se considerarían anuladas las capacidades cognitivas y volitivas. En el caso de las

demencias debe señalarse que se encuentran totalmente incluidas en el concepto jurídico de alteración psíquica. Cuando estos cuadros se encuentran en los estadios iniciales, ante una conducta delictiva suele apreciarse una “enajenación” parcial y, por consiguiente, reconocerse una atenuante de la responsabilidad criminal. Dado que los déficits cognitivos severos son el núcleo de estos trastornos, la modificación de la imputabilidad en estadios avanzados oscilará hacia la completa inimputabilidad.

Trastornos de la personalidad

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna (percibir, sentir y pensar), y de actuar y relacionarse, que se aparta significativamente del contexto cultural en el que aparece. Surge de forma precoz en el proceso psicoevolutivo del individuo, afecta a la globalidad de los procesos psicológicos de éste, y se manifiesta en las distintas áreas de su vida (familiar, laboral o social). Estos trastornos producen malestar y sufrimiento al individuo que los padece (habitualmente, como consecuencia de la no aceptación por parte de los demás de su forma de ser, y no por la clínica del propio trastorno) y/o a quienes les rodean (Belloch y Fernández-Álvarez, 2005; Ortiz-Tallo y Cardenal, 2014). La presencia de un trastorno de personalidad altera la clínica, evolución y pronóstico de cualquier otro trastorno físico y mental, así como las respuestas al tratamiento (Esbec y Echeburúa, 2010).

Dentro de este grupo de trastornos el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Trastornos del clúster A (extraños y excéntricos)
 - a. Trastorno paranoide de la personalidad
 - b. Trastorno esquizoide de la personalidad
 - c. Trastorno esquizotípico de la personalidad
2. Trastorno del clúster B (dramáticos, emocionales e impulsivos)
 - a. Trastorno antisocial de la personalidad
 - b. Trastorno límite de la personalidad
 - c. Trastorno histriónico de la personalidad
 - d. Trastorno narcisista de la personalidad
3. Trastorno del clúster C (ansiosos y temerosos)
 - a. Trastorno evitativo de la personalidad
 - b. Trastorno dependiente de la personalidad
 - c. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Estos trastornos presentan una elevada comorbilidad entre sí y con otros trastornos mentales, lo que ha servido para que el DSM-5, además de mantener el abordaje categorial clásico, incluya una propuesta de diagnóstico dimensional (Sección III). La valoración dimensional incluye seis tipos específicos de personalidad (esquizotípico, límite, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo y ansioso-evitativo) cuyo diagnóstico requiere la evaluación de veinticinco rasgos de personalidad incluidos en cinco dimensiones de orden superior (Esbec y Echeburúa, 2015).

Los trastornos de personalidad tienen una elevada incidencia en el comportamiento delictivo, especialmente de carácter violento. En este sentido, los trastornos límite, antisocial y paranoide son lo que presentan una mayor representatividad (González-Guerrero, 2011). No obstante, algunas características de los trastornos de personalidad han mostrado ser mejores predictores de la violencia que los trastornos de personalidad por sí mismos (Esbec y Echeburúa, 2010). En este sentido se han señalado fuerte asociación entre estos rasgos de personalidad y la conducta delictiva, especialmente de carácter violento (Echeburúa y Esbec, 2010; González-Guerrero, 2011): impulsividad, inestabilidad emocional, intensas reacciones de ira, baja resistencia a la frustración, egocentrismo y engreimiento, suspicacia relacional, pobre empatía, frialdad emocional, búsqueda de sensaciones y dificultad para establecer vínculos afectivos. A pesar de estas afirmaciones, en ningún caso debería asociarse directamente el padecimiento de un trastorno de la personalidad con la conducta delictiva.

Mención especial requiere el trastorno psicopático de personalidad o psicopatía, uno de los mejores predictores de comportamiento delictivo en general y violento en particular (Farrington y Jolliffe, 2015; Muñoz y Echeburúa, 2013).

El tratamiento jurisprudencial respecto a la imputabilidad de personas con un trastorno de la personalidad tiende a reconocer, a lo sumo, una alteración de su capacidad volitiva y a considerar intacta la capacidad cognitiva; de este modo, lo más frecuente es hallar resoluciones judiciales que consideran los trastornos de la personalidad como atenuantes de la responsabilidad criminal y, en menor frecuencia, eximentes o semi-eximentes (y generalmente cuando existen trastornos comórbidos asociados, principalmente consumo de sustancias). No obstante, en cuadros cuya afectación psíquica resulta a priori más evidente (ej. trastorno límite de la personalidad) y llega a plantearse que lo reflexivo está anulado por el afecto o la impulsividad, se aprecia un abordaje jurídico más tendente a considerar estos diagnósticos capaces de llegar a mermar o incluso anular las capacidades cognitivas y/o volitivas de la persona encausada,

siempre que se considere que hay una relación de causalidad entre el delito cometido y las características principales del trastorno de la personalidad.

Trastornos parafilicos

Este grupo de trastornos se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos desencadenados por estímulos inusuales (objetos, sufrimiento o dolor de sí mismo o de la pareja o menores inmaduros), lo cual induce un malestar clínicamente significativo personal o hacia otros (pudiendo llegar a provocar situaciones de victimización, con coerción y violencia), así como una afectación en importantes áreas funcionales para la vida de la persona. Las personas con trastornos parafilicos sienten normalmente que sus impulsos sexuales son persistentes, de difícil control o compulsivos (Fernández y Senín, 2011). Estudios como el de Becker (2012), refieren que las parafilias serán objeto de análisis cuando el fin de sus impulsos sea la imposición de sus deseos a otras personas sin consentimiento o sin que aquella comprenda lo que está ocurriendo y pueda impedirlo.

Dentro de este grupo de trastornos el DSM-5 recoge los siguientes cuadros clínicos:

1. Trastorno e voyeurismo
2. Trastorno de exhibicionismo
3. Trastorno de frotteurismo
4. Trastorno de masoquismo sexual
5. Trastorno de sadismo sexual
6. Trastorno de pedofilia
7. Trastorno de fetichismo
8. Trastorno de travestismo
9. Otro trastorno parafilico especificado
10. Trastorno parafilico no especificado

Existe una elevada comorbilidad entre los distintos trastornos parafilicos y entre las parafilias y los trastornos de personalidad (clúster C y B, principalmente), trastornos del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, algún otro trastorno del control de los impulsos y el consumo de tóxicos (Esbec, 2006).

La pedofilia, seguida de lejos por el exhibicionismo son las parafilias que más habitualmente entran en conflicto con la Ley. En el caso del sadismo sexual se pueden producir lesiones graves e incluso homicidios. Los delincuentes sexuales parafilicos

suelen conformar el grupo de los denominados agresores sexuales especializados. En términos de riesgo de reincidencia, la asociación entre trastorno antisocial de personalidad y rasgos psicopáticos y desviación sexual es especialmente preocupante (Herrero, 2013).

No obstante, es importante recordar que no todos los comportamientos parafílicos son ilegales, si éstos se realizan entre dos personas adultas de forma totalmente voluntaria y sin que exista coacción. De igual forma, tampoco todos los delitos sexuales responden a la existencia en el delincuente de una parafilia, aunque sí es verdad que diferentes estudios señalan comportamientos sexuales desviados en el historial de los agresores sexuales (Soria, 2002; en Trabazo y Azor, 2009).

La doctrina jurisprudencial de los últimos años, recoge un alto número de casos de delitos relacionados con abuso sexual a menores y distribución de pornografía infantil cuya autoría se atribuye a personas con diagnósticos de pedofilia y exhibicionismo; en los supuestos en los que se establece pericialmente la relación entre la patología y el delito cometido (siempre que se valore que se ha actuado bajo un impulso irrefrenable), es posible considerar la existencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal en forma de atenuantes o eximentes incompletas. No obstante, ese impulso irrefrenable en muchos casos no se aprecia presente. En general, la Jurisprudencia tiende a reiterar que la mera existencia de un trastorno sexual no lleva a la apreciación de una circunstancia atenuante, ya que las personas que padecen estos cuadros tienen capacidad para entender, comprender y querer los actos que realizan, además de conocer las normas sociales y legales (es decir, saben lo que hacen y sus repercusiones). Así, en el caso de la pedofilia, por lo general se considera que ésta no impide ni limita la capacidad de actuar conforme a la ilicitud de acción salvo cuando se asocia a otros trastornos psíquicos relevantes (ej. toxicomanía, el alcoholismo o la neurosis depresiva). Sirva como ejemplo una sentencia del Tribunal Supremo en la que se rechaza la merma de responsabilidad penal del encausado: “la pedofilia afecta exclusivamente a la dirección del instinto, es decir, lo que parcialmente se le escapa al sujeto es la posibilidad de “normalizar” la elección de su pareja, pero esto no significa que pierda el control de su actividad sexual. Por lo que la realización o la abstención de actos sexuales permanecen bajo el control de la voluntad como en las demás personas [STS 184/2012,RJ\2012\3799].

Conclusión

En conclusión, la responsabilidad criminal de encausados con trastornos parafílicos, podría considerarse mermada (atenuante o semi-eximente) cuando la patología provoque un impulso irrefrenable que lleve al individuo a buscar satisfacción de sus pulsiones sin tener en cuenta las consecuencias, o cuando la patología se asocie con otros trastornos comórbidos o consumo de sustancias.

Autoevaluación de conceptos básicos:

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la relación entre trastorno mental y conducta delictiva según los estudios más recientes?
 - a) La mayoría de personas con trastornos mentales cometen delitos violentos.
 - b) Las personas con trastorno mental son más proclives a ser víctimas que victimarios.
 - c) Todos los delitos violentos son causados por trastornos mentales graves.
 - d) La esquizofrenia es la única causa de conducta delictiva.

2. En relación con la imputabilidad de personas con discapacidad intelectual, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 - a) Todas las personas con discapacidad intelectual son inimputables por defecto.
 - b) El CI (cociente intelectual) es el único criterio válido para valorar la imputabilidad.
 - c) El grado de sofisticación del delito es irrelevante en su valoración.
 - d) Los grados profundo y grave tienden a implicar inimputabilidad plena.

3. ¿Cuál es el cuadro psicótico en el que más frecuentemente se reconoce la eximente completa por inimputabilidad?
 - a) Trastorno psicótico breve
 - b) Trastorno esquizoafectivo
 - c) Esquizofrenia paranoide
 - d) Trastorno delirante

4. ¿Cuál de los siguientes factores se considera clave en la imputabilidad del delincuente toxicómano, según la doctrina jurisprudencial?
- a) El tipo de delito cometido
 - b) La comorbilidad con otros trastornos físicos
 - c) La planificación detallada del delito
 - d) La acreditación pericial de la drogodependencia y su relación con los hechos
5. ¿Qué caracteriza la conducta delictiva relacionada con trastornos del control de los impulsos como la cleptomanía o la piromanía?
- a) Son delitos planificados y con ánimo de lucro.
 - b) Se producen de manera controlada y racional.
 - c) Surgen por impulsos intensos y pobre control volitivo.
 - d) Carecen de consecuencias legales por ser actos involuntarios.
6. ¿Cuál de los siguientes factores se ha identificado como uno de los mejores predictores de reincidencia violenta en personas con trastorno mental?
- a) Nivel de estudios alcanzado
 - b) Tipo de delito cometido previamente
 - c) Historia de violencia previa y exposición a malos tratos en la infancia
 - d) Ausencia de tratamiento farmacológico durante la infancia

Soluciones a la autoevaluación:

1. Respuesta correcta “b”

Aunque existe una percepción social contraria, los datos indican que las personas con trastornos mentales tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia que de cometer delitos.

2. Respuesta correcta “d”

Los niveles de discapacidad profundo y grave afectan significativamente las capacidades cognitivas y volitivas, dificultando la comprensión del hecho y el control de la conducta.

3. Respuesta correcta “c”

Es el trastorno psicótico donde más comúnmente se reconoce ruptura con la realidad, lo que puede impedir al sujeto comprender la ilicitud del acto.

4. Respuesta correcta “d”

La jurisprudencia exige una evaluación rigurosa de la adicción, su gravedad y su influencia concreta sobre la conducta delictiva.

5. Respuesta correcta “c”

Estos actos no responden a una motivación racional o planificada, sino a la incapacidad de controlar impulsos intensos, seguidos muchas veces de arrepentimiento.

6. Respuesta correcta “c”

Son factores clínicos y contextuales que aumentan significativamente el riesgo de reincidencia violenta, más allá del diagnóstico en sí.

Referencias bibliográficas

Alemany Carrasco, A., Quintana Touza, J. M., Recio Zapata, M., Nozal, E. S., Manzanero Puebla, A. L., Martorell Cafranga, A., y González Álvarez, J. L. (2012). *Guía de Intervención Policial en Personas con Discapacidad Intelectual*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

Alonso-Gallo, J. (2014). La revolución neurocientífica, ¿conmoción para el derecho penal y procesal? *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, 18, 215-230.

- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (5ª Edición). Editorial Médica Paramericana.
- Becker, J. V. (2012). Una visión psiquiátrico-forense acerca de los diagnósticos de pedofilia estructural y situacional. *Problemas actuales del campo criminológico-forense en América latina*, 95, 105-116.
- Belloch, A., y Fernández-Álvarez, H. (2005). *Trastornos de la personalidad*. Síntesis.
- Beltrán, P. (2004). Diagnóstico diferencial entre demencias y pseudodemencias o deterioro neurocognoscitivo leve y relacionado con la edad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 215-225.
- Bescos, M. J., Torrijos, S., De la Vega, I., Rodríguez, L., Ruiz, M. I., y Ancín, I. (2011). Trastornos bipolares. En J. F. Rodríguez y P. J. Mesa (Coords.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 253-278). Pirámide.
- Cabrera, J., y Fuertes, J. C. (1997). *Psiquiatría y Derecho. Dos ciencias obligadas a entenderse*. Cauce Editorial.
- Carrasco, J. J., y Maza, J. M. (2005). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense* (3ª Edición). La Ley.
- Checa, M. J. (2010). *Manual práctico de Psiquiatría Forense*. Masson.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., y Belfrage, H. (2013). HCR-20 (V3): Assessing risk for violence. Vancouver, Canadá: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., y Yuste, J. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 1(0), 59-76.
- Esbec, E. (2006). Violencia y trastorno mental. En A. Martínez (Dir.), *Psiquiatría criminal y comportamientos violentos* (pp. 58-154). Cuadernos de derecho judicial, VIII-2005. Consejo General del Poder Judicial.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.

- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14, 189-215.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 177-186.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: Un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 70-79.
- Farrington, D. P., y Jolliffe, D. (2015). Personality and crime. En J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences vol. 17* (pp. 774-779). 2ª Edición. Elsevier.
- Fernández, E., y Senín, M. C. (2011). Trastornos del comportamiento sexual y de la identidad sexual. En J. F. Rodríguez y P. J. Mesa (Coords.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 465-506). Pirámide.
- Fernández, R., Serván, B., Medina, E., Vidal, V., Bravo, M. F., y Reneses, B. (2018). Conducta delictiva en las personas sin hogar con trastorno mental grave. *Revista Española de Medicina Legal*, 44(2), 55-63.
- Fonseca, E. (Coord.) (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Pirámide.
- Fuentes, S., y Senín, M. C. (2011). Trastornos del control de los impulsos. En J. F. Rodríguez y P. J. Mesa (Coords.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 341-366). Pirámide.
- Fuertes, J. C. (2012). *Manual de Psiquiatría Forense*. Arán.
- García-Pablos, A. (1988). *Manual de Criminología. Introducción y teorías de la criminalidad*. Espasa.
- Godoy, J. F., Godoy-Izquierdo, D., y Vázquez, M. L. (2011). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 363-393). Pirámide.
- González-Guerrero, L. (2011). *Trastornos de la Personalidad: Influencia sobre la Conducta Delictiva y Repercusiones Forenses en la Jurisdicción Penal*. [Tesis Doctoral,

- Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 71-77.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., y Irueta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology*, 19(2), 421-483.
- Loinaz, I. (2014). Psicopatología y delincuencia. En M. Ortiz-Tallo (Coord.), *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5* (pp. 153-165). Pirámide.
- Loinaz, I. (2017). *Manual de evaluación del riesgo de violencia. Metodología y ámbitos de aplicación*. Pirámide.
- Martín del Moral, M., y Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Lez y I. Lizasoain, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp. 3-25). Editorial Médica Panamericana.
- Muñoz, J. M., y Echeburúa, E. (2013). Delincuentes psicópatas, ¿son tipos de delincuentes especiales? En J. M. Pozueco (Coord.), *Tratado de psicopatología criminal. Psicología Jurídica y Psiquiatría Forense* (pp. 791-805). EOS.
- Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2020). Valoración del riesgo en la adopción de medidas cautelares. Perspectiva desde la Psicología Forense. En Flores, I. (Dir.), *Discapacidad y riesgo de los sujetos pasivos con trastorno mental en la justicia penal* (pp. 285-320). Aranzadi.
- Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2014). Trastornos de personalidad. En M. Ortiz-Tallo (Coord.), *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5* (pp. 75-84). Pirámide.
- Rodríguez, J. F., Mesa, P. J., y Prián, O. E. (2011). Trastornos cognitivos. En J. F. Rodríguez y P. J. Mesa (Coords.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 507-558). Pirámide
- Redondo, S. (2017). *Evaluación y tratamiento de delincuentes. Jóvenes y adultos*. Pirámide.

Slachevsky, A., Pérez, C., y Prenafeta, M. L. (2010). La evaluación de las funciones cognitivas. En A. Jarné y A. Aliaga, *Manual de Neuropsicología Forense. De la clínica a los tribunales* (pp. 85-115). Herder.

Tejero, R., González-Lozano, P., y Fernández-Guinea, S. (2003). Repercusiones forenses de las demencias en la jurisdicción penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(3), 85-110.

Trabazo, V., y Azor, F. (2009). La pedofilia: un problema clínico, legal y social. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 8(2), 195-219.