

**Esquizofrenia y expectativa delictiva:  
disyuntivas en la aplicación de políticas preventivas<sup>1</sup>**  
*Schizophrenia and criminal expectation:  
disjunctions in the implementation of preventive policies*

**ROCÍO ARREGUI MONTOYA**

Abogada y Profesora Asociada de Derecho Penal  
Universidad de Murcia (España)

[rocioarregui@um.es](mailto:rocioarregui@um.es)

 <https://orcid.org/0000-0003-1664-038X>

**Resumen:** El presente trabajo aborda desde un punto de vista jurídico la complejidad de la esquizofrenia, una enfermedad mental grave que afecta a la percepción, al pensamiento y al comportamiento de los individuos, su comorbilidad<sup>2</sup> y si existe o no relación entre esta patología mental y la peligrosidad delictiva, explorando cómo las políticas preventivas podrían mitigar riesgos potenciales y cuáles serían los límites que el Derecho Penal, la ética y los derechos y la autonomía de los pacientes imponen a tales medidas, así como qué alternativas existirían ante la realización de conductas antisociales que denotasen e incluso predijesen una futura

- 
- 1 Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación “La incidencia de la esquizofrenia en la comisión de delitos y su proyección en la imputabilidad (22125/PI/22)”, Proyecto financiado por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la convocatoria de Ayudas a proyectos para el desarrollo de investigación científica y técnica por grupos competitivos, incluida en el Programa Regional de Fomento de la Investigación Científica y Técnica (Plan de Actuación 2022) de la Fundación Séneca-Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia.
  - 2 A lo largo del trabajo se hará referencia al término “comorbilidad” tal y como está definido por la Real Academia Española de la Lengua, esto es, “coexistencia, en una misma persona, de una o varias enfermedades o trastornos asociados a una enfermedad primaria”, y se utilizará dicho concepto, como se verá, por la concepción de la adicción a drogas, alcohol o tabaco como un trastorno o patología en sí mismos y por ser el término ampliamente utilizado por la comunidad científica para explicar la concurrencia de distintas patologías en dicho paciente de esquizofrenia.

---

Recepción: 15/10/2024

Aceptación: 23/12/2024

Cómo citar este trabajo: ARREGUI MONTOYA, Rocío, “Esquizofrenia y expectativa delictiva: disyuntivas en la aplicación de políticas preventivas”, *Revista de Estudios Jurídicos y Criminológicos*, n.º 11, Universidad de Cádiz, 2025, pp. 83-124, DOI: <https://doi.org/10.25267/REJUCRIM.2025.i11.04>

Revista de Estudios Jurídicos y Criminológicos

ISSN-e: 2345-3456

N.º 11, Enero-Junio, 2025, pp. 83-124

peligrosidad de los enfermos y un riesgo para sí mismos y para la sociedad en la que deben integrarse.

**Abstract:** *This paper addresses from a legal point of view the complexity of schizophrenia, a serious mental illness that affects the perception, thinking and behaviour of individuals, its comorbidity and whether or not there is a relationship between this mental pathology and criminal dangerousness, exploring how preventive policies could mitigate potential risks and what would be the limits that criminal law, ethics and the rights and autonomy of patients impose on such measures, as well as what alternatives would exist in the face of antisocial behaviour that would denounce and even predict future dangerousness of the patients and what alternatives would exist in the face of antisocial behaviour, ethics and the rights and autonomy of patients impose on such measures, as well as what alternatives would exist in the face of antisocial behaviour that would denote and even predict future dangerousness of the patients and a risk to themselves and to the society in which they should be integrated.*

**Palabras clave:** Esquizofrenia; imputabilidad; violencia; enfermedad mental; trastorno mental; medidas de seguridad.

**Keywords:** *Schizophrenia; imputability; violence; mental illness; mental disorder; security measures.*

**Sumario:** 1. LA ESQUIZOFRENIA COMO PATOLOGÍA MENTAL. 1.1. Sintomatología y fases. 1.2. Origen, tratamientos y efectos secundarios. 1.3. Comorbilidad, peligrosidad y estigma. 2. LA ESQUIZOFRENIA EN LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA. 3. PLANTEAMIENTOS PREVENTIVOS EN ESQUIZOFRENIA, MEDIDAS DE SEGURIDAD Y LÍMITES LEGALES. 4. OTROS PLANTEAMIENTOS ALTERNATIVOS COADYUVANTES; PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y DE *LEGE FERENDA*. 4.1. Rehabilitación a través de videojuegos, propuesta de reforma del internamiento civil involuntario e implantación de la figura del “tutor amigo”. 4.2. Medida de tratamiento ambulatorio involuntario y toma de decisiones compartidas. 5. CONCLUSIONES. 6. BIBLIOGRAFÍA.

## 1. LA ESQUIZOFRENIA COMO PATOLOGÍA MENTAL

El presente trabajo pretende analizar el abordaje de la esquizofrenia desde un punto de vista jurídico y asistencial, considerando tanto la influencia biológica y médica en el sujeto como la proyección de dicho diagnóstico en el enfermo como parte actuante en sociedad. Se examinará, pues, el enfoque de la enfermedad, los distintos puntos a acometer para su tratamiento y las consecuencias que puede tener en otros sujetos que le rodean, poniendo asimismo de manifiesto las carencias legislativas que entorpecen la implementación de posibles medidas y aportando sugerencias de mejora del actual sistema.

El punto de partida debe de ser la definición de la enfermedad en sí, por lo que, atendiendo a un concepto sencillo de la patología, y según autores como RUIZ IRIONDO, SALABERRIA y ECHEBURÚA, cabe indicar que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que implica alteración de percepción, pensamiento, afectos y conducta, combinando síntomas positivos y/o negativos, que puede cla-

sificarse en diversos subtipos y que se considera enfermedad crónica y de curso deteriorante<sup>3</sup>, siendo necesario distinguir entre las distintas fases y las posibilidades de recuperación, que variarán en función del devenir de la enfermedad y de las actuaciones que se lleven a cabo. Desde un punto de vista facultativo, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión 5 (en adelante, manual DSM-5, aunque también se encontrará en literatura especializada como DSM-V)<sup>4</sup>, la esquizofrenia se encuentra dentro de los trastornos psicóticos, siendo estos clasificados en esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico de la personalidad, definiéndose por “anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos”<sup>5</sup>, y tendrá una prevalencia aproximadamente del 0,3 al 0,7%, sin distinción en cuanto a raza u origen, aunque esto sí determinará ciertas variaciones<sup>6</sup>. En base a ello, el manual indica las características clave que definen los trastornos psicóticos (delirios, alucinaciones) y analiza distintas patologías relacionadas, de manera que será el diagnóstico diferencial el que delimite una patología de otra y permita perfilar mejor la estrategia a adoptar. Así, se consideran criterios diagnósticos elementos sintomáticos y también temporales<sup>7</sup>, pero incidiendo en la prolija serie de síntomas diferentes

- 
- 3 RUIZ IRIONDO, M., SALABERRIA, K, ECHEBURÚA, E. “Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (1), 2013, página 53.
  - 4 Por sus siglas, en inglés, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión 5, siendo éste un manual de uso y clasificación de enfermedades mentales con consenso mundial. Se ha contrastado para este trabajo su última versión. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 5º Edición, 2018.
  - 5 ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*...op.cit. página 87.
  - 6 Aportan datos contrarios GONZÁLEZ HIDALGO, JIMÉNEZ SUÁREZ, MOURIÑO y TUR, que afirmaban que “la esquizofrenia es un síndrome universal, se da en todos los ámbitos geográficos y en todas las razas y culturas, aunque con ligeras variaciones en las tasas de incidencia (de 0,7 a 1,4 por 10.000 de incidencia anual para todas las edades). Incidencia anual en la población general: 1 por 10.000 (entre el 0,1 y el 0,2 por 1.000). España: 0,8 por 10.000 (Vázquez-Barquero, 1995). El riesgo de padecer esquizofrenia antes de los 55 años se ha establecido en un 1%, aproximadamente, para la población general, con ligero predominio en el sexo masculino. Prevalencia puntual: 4 por 1.000 (muy superior a la incidencia al tratarse de una enfermedad crónica). La prevalencia es más alta entre solteros y en grupos de bajo nivel socioeconómico (prevalencia en personas sin hogar: 100 por 1.000). Las tasas de prevalencia entre mujeres y varones son similares. La edad de presentación se sitúa entre los 15 y 35 años (un 50% por debajo de los 25 años), siendo infrecuente después de los 40 años. Es más temprana en los varones (18-25 años) en comparación con las mujeres (23-35 años).” GONZÁLEZ HIDALGO, M., JIMÉNEZ SUÁREZ, O., MOURIÑO, C. y TUR, N., “La esquizofrenia en atención primaria. Identificación y tratamiento”, *Revista de la SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)*, 26, 2000, página 350.
  - 7 El manual explicita los criterios diagnósticos:  
 “A Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado

que pueden darse, sin ser específica e inequívocamente atribuibles desde un primer momento a la esquizofrenia<sup>8</sup>.

### 1.1. Sintomatología y fases

Es importante, por ello, analizar de forma breve los síntomas y las distintas fases, pues arrojarán, como se verá, un posible foco de actuación preventiva<sup>9</sup> que cumpla todos los requerimientos legales hoy vigentes. Así, la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia se clasificarán en positivos y negativos, existiendo hoy día cierto consenso y siendo, según ROMERO ÁLVAREZ y MOLINA MARTÍN, los siguientes:

**a) Síntomas positivos**, entendidos como “un exceso o una distorsión de las funciones normales que se añaden al estado mental previo a la psicosis”. Dentro de

---

(p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).” ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...*op.cit. página 99.

8 Se indica al respecto que “los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.” ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...*op.cit. página 100.

9 De hecho, SOTO NIETO sostiene que “se trata de la psicosis menos unitaria de toda la psiquiatría. Ni en su sintomatología, ni en su esencia y etiología, ni en su curso, hay nada unívoco.” SOTO NIETO, F. “Esquizofrenia. Caracterización y consecuencias en el orden penal.”, *La Ley digital*, n° 6283, Sección Columna. Ref. La Ley 3458/2005, 2005, página 2.

estos encontraríamos las ideas delirantes, definidas como “una interpretación errónea de la realidad, que provoca que se tengan como verdaderas ideas falsas, con una intensa convicción subjetiva” Se clasificarán a su vez en primarias o secundarias, si tienen carácter endógeno o interior del sujeto o si surgen por procesos psíquicos o consumo e intoxicaciones, teniendo mejor pronóstico éstas últimas porque no se cronifican y pueden ser más fácilmente corregibles. Esto será clave, pues, según la cronicidad e intensidad el paciente gestionará su vida en función de tales creencias falsas que definen como “muchas veces incorregibles e influenciables”. Entre dichos delirios se encontrarían los delirios de persecución, perjuicio, influencia, autorreferenciales, celos, grandeza, ruina, religiosos, pleitista e hipocondriacos, de culpa o negación. Los referidos autores apuntan a que los de persecución y los de celos, e incluso los pleitistas, pueden dar lugar a conductas violentas, cuestión que será relevante a efectos de valorar la peligrosidad del sujeto y que diferenciará, a su vez, la conducta predecible con otro tipo de delirios. También habrá alucinaciones de distintos tipos (de cualquier de los cinco sentidos), siendo las auditivas las más frecuentes y que pueden entrañar un pronóstico aún más complicado puesto que el paciente puede oír voces “amenazantes o peyorativas, que conversan entre ellas o comentan continuamente el comportamiento y las acciones del sujeto” y que, si son imperativas, hará que éste se vea “impulsado a cumplir con las órdenes, haciéndolo muchas veces de manera automática, irreflexiva y brutal”.

**b) Síntomas negativos**, esto es, un déficit de facultades normales, entendiendo normales como aquellas previas a la psicosis. Se encontraría: aplanamiento afectivo (“marcada disminución de la expresividad emocional, como inmovilidad de las expresiones faciales, escaso contacto visual y reducción del lenguaje corporal”, ligado a su vez a la anhedonia o dificultad de sentir placer), alogia (descenso de fluidez del habla y, consecuentemente, aumento de su pobreza), abulia (falta de motivación para cualquier actividad) y apatía (desinterés por actividades cotidianas).

**c) Síntomas desorganizados:** síntomas no incluibles en los anteriores pero, según los referidos autores, de “frecuente presencia”: Se encontraría el lenguaje desorganizado (“pérdida de asociaciones –perder el hilo–, tangencialidad –respuestas con poca o ninguna relación con el tema de la conversación– o incoherencia –el lenguaje puede llegar a ser incomprensible–”, comportamiento desorganizado (“falta de higiene, vestimenta extravagante, desorden o comportamiento inadecuado”, muchas veces con origen en las antedichas ideas delirantes) catatonía ( puede ser variada: “falta de reactividad y atención al entorno –estupor catatónico–, rigidez y resistencia en la postura –rigidez catatónica–, resistencia activa a las órdenes e intentos de ser movido –negativismo catatónico–, asumir posturas inapropiadas o extrañas –posturas catatónicas– o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo que la provoque –agitación catatónica–”), ecolalia (pensamiento repetitivo) y ecopraxia (repetición de palabras imitando a otra persona) <sup>10</sup>.

---

10 ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J. d D., “Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018”, *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, n° 2, 2019, páginas 83-85.

Este elenco de síntomas variables a su vez no surgirá de forma homogénea y constante, sino que la propia enfermedad podrá presentarse en distintas fases, siendo clave actuar según la fase en que se encuentre el paciente, pues de ello dependerá no solo la medicación a dispensar sino también el pronóstico, las medidas psicosociales y la posibilidad de prevención de conductas antisociales. Atendiendo a la clasificación del referido DSM-5 y a RUIZ IRIONDO, SALABERRÍA y ECHEBURÚA, podríamos clasificar las fases en las siguientes:

**a) Fase prodrómica:** el paciente puede presentar síntomas inespecíficos, quizá tener un historial familiar de esquizofrenia y observar un descenso a nivel funcional, pero que no se cumplan los criterios diagnósticos de esquizofrenia. Se indica que puede durar sin tratar entre uno y dos años, y se plantea por los referidos autores adelantarse a la transición a la psicosis y evitarla a través de la administración de antipsicóticos en dosis bajas y terapia psicológica<sup>11</sup>. Como se verá, se indica que ésta servirá “para aumentar la conciencia de enfermedad y las estrategias de afrontamiento, reducir el estrés y el riesgo de inicio de otras comorbilidades y aumentar la autoestima”, cuestión que será relevante para el abordaje preventivo. Al respecto, el DSM-5 plantea que el inicio puede ser “brusco o insidioso”, pero en la mayoría de los pacientes será gradual y lento, siendo la edad de inicio la que determine un peor pronóstico. A su vez, comenzará al inicio de la veintena en varones y a final de ésta en mujeres<sup>12</sup>. Otros autores como GONZÁLEZ HIDALGO, JIMÉNEZ SUÁREZ, MOURIÑO y TUR apuntan a este comienzo como “insidioso”, afirmando que es imposible fechar el comienzo al no ser súbito, que en meses o años será evidente la sintomatología y que es la forma más frecuente en países desarrollados, estando asociada a su vez a un peor pronóstico<sup>13</sup>.

**b) Fase aguda:** Aparecen síntomas positivos, de forma “florida” y desorganizados ya de forma grave, indicándose que, a partir de ese momento, los pacientes tienen su primer contacto con los servicios de salud mental, intentando la adherencia al tratamiento, la administración de dosis mínimas y “óptimas” y reducir los efectos adversos (que, como se indicará, son clave en el abandono del tratamiento y las recaídas), incidiendo en añadir “terapias que ayuden al enfermo a aumentar su conciencia de enfermedad y a lidiar con las alucinaciones y delirios”<sup>14</sup>.

---

11 RUIZ IRIONDO, M., SALABERRIA, K, ECHEBURÚA, E. “Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos”, op. cit. páginas 55-57.

12 ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...* op. cit. página 102.

13 GONZÁLEZ HIDALGO, M., JIMÉNEZ SUÁREZ, O., MOURIÑO, C. y TUR, N., “La esquizofrenia en atención primaria. Identificación y tratamiento”, op. cit. página 351.

14 Al respecto, los referidos autores citan los programas COPE (*Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis*) para mejorar el conocimiento de la enfermedad y la adaptación del paciente, el programa STOPP (*Systematic Treatment of Persistent Psychosis*) para los delirios, la terapia cognitivo-conductual para la psicosis de Fowler y la terapia de afrontamiento para alucinaciones y delirios de Yusupoff. RUIZ IRIONDO, M., SALABERRIA, K, ECHEBURÚA, E. “Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos”, op. cit. página 56.

**c) Fase crítica:** pueden darse síntomas positivos entre moderados y graves, síntomas negativos moderados, deterioro cognitivo y aislamiento social, y dicho empeoramiento es lo que impide el retorno a la fase primera o prodrómica. Por ello, se indica que el objetivo será “el cumplimiento del tratamiento para evitar nuevos síntomas y la readaptación social y laboral, evitando recaídas, abandonos y suicidios”, siendo la incidencia muy alta en esta etapa. Se complementa con terapias psicológicas orientadas a los síntomas psicóticos como las descritas en la anterior fase, y el resultado puede variar entre la remisión, el mantenimiento o la cronicidad.

**d) Fase subcrónica:** habrá “numerosas recaídas con presencia de síntomas psicóticos atenuados”, y se hará “evidente el deterioro físico y psicológico”<sup>15</sup>, por lo que se mantiene el interés de la recuperación ya manifestado, que puede dar lugar a recaídas o a cronicidad, intentando frenar el deterioro, que ya se indica que afecta a todas las esferas del paciente y que puede dar lugar, como también se verá, a recaídas, suicidios, marginación, estigmatización, estrés, rechazo... cuestiones que, sin duda, afectarán a la relación enfermo-sociedad y a sus consecuencias.

**e) Fase crónica:** diagnosticada tras al menos cinco años desde el inicio de la enfermedad, si se han sucedido varias recaídas, hay una mala evolución general y dificultades para retomar las actividades cotidianas, con presencia de síntomas negativos graves. Los objetivos serían la mejora de la calidad de vida y la consecución de cierto grado de independencia.

## 1.2. Origen, tratamientos y efectos secundarios

En cuanto al origen e incidencia, cabe indicar que no se conoce con total certeza su causa, que puede ser multicausal, pero ciertos estudios apuntarán al origen genético y ambiental<sup>16</sup> que podría derivar en una cierta alteración en el desarrollo

---

15 VAN DER TORRE MARTÍNEZ sostiene que “tanto el deterioro cognitivo grave como la anosognosia están bastantes relacionados con una mayor probabilidad de agresividad, peor curso, altos porcentajes de recaídas y disfunciones sociales. Por su parte la agresividad no parece ser muy común; se da con mayor frecuencia en los varones y en aquellos con antecedentes de violencia, impulsividad, consumo de sustancias y negativa o incumplimiento del programa terapéutico. La forma de agresividad puede denotar una alta impulsividad surgida a causa de las alteraciones perceptivas y ser del todo incomprensible sin conocer la línea del pensamiento del enfermo.” VAN DER TORRE MARTÍNEZ, I., “Propuesta de modelo dual preventivo, basado en un estudio fenomenológico crimino-delictivo y su comparativa, en función de la correspondencia genética de cinco trastornos mentales”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, n° 259, 2019. página 79, ([https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/revista-de-estudios-penitenciarios/Revista\\_de\\_estudios\\_penitenciarios\\_259\\_2016\\_126150491.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/revista-de-estudios-penitenciarios/Revista_de_estudios_penitenciarios_259_2016_126150491.pdf), consulta:08/10/2024).

16 OBIOLS y VICENS-VILANOVA apuntan primeramente a un importante factor genético, pero indicando que por sí solo no explicaría la incidencia y que se debe hacer referencia a su vez a un factor ambiental. Entre ellos, se apunta a algunos como el mes de nacimiento, partiendo de un incremento en los nacimientos a finales de invierno y primavera, asociando la incidencia a un factor intrauterino, pero desconociendo cuál. (infecciones virales, tratamiento para dichas infecciones, incluso hábitos de apareamiento de los individuos portadores de los genes de

cerebral, así como a determinadas cuestiones relacionadas con nacer a finales del invierno o inicio de la primavera, siendo posible su detección no solo mediante los síntomas antes indicados sino también a través de huellas dactilares o dermatoglifos y a través de la constatación de alteraciones neuroanatómicas<sup>17</sup>.

Ante dicho diagnóstico, el tratamiento será vital no solo por la parte estrictamente médica para paliar los síntomas y evitar el pase a otra fase más crítica, sino por sus efectos secundarios que, como se ha indicado, pueden implicar abandono del tratamiento y recaídas, y por la necesidad de complementarlo con tratamiento psicológico y decisiones en el ámbito personal y social de la persona. El tratamiento más extendido es mediante antipsicóticos “típicos” como la clorpromazina o el haloperidol, que mejorarían los síntomas positivos como las alucinaciones o los delirios, pero empeorarían los negativos, o mediante antipsicóticos “atípicos” como la clozapina o la risperidona, que mejorarían, además de los síntomas positivos, los negativos, y reduciría la aparición de determinados síndromes. La administración puede ser en preparaciones llamadas “de depósito”, de larga duración, que libera-

---

riesgo). También se refieren como posibles causas a la “urbanicidad” y a la malnutrición maternal, refiriendo incluso un experimento tras la Segunda Guerra Mundial en el que se siguió a los individuos que habían sido gestados durante un periodo de hambruna, a alteraciones en los dermatoglifos neuropsicológicas o motoras. OBIOLS, J.E. y VICENS-VILANOVA, J., “Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 3, n° 2, 2003, páginas 236-243.

Resulta llamativo, a la hora de analizar el nivel de investigación alcanzado y la imprevisibilidad de las distintas variables que confluyen, lo expresado por LAVERDE-SUDUPE y GIRALDO SERNA: “La etiología de la esquizofrenia no está totalmente dilucidada. Se conocen más de 100 diferentes loci de genes relacionados con esquizofrenia, la mayoría de los cuales codifican moléculas asociados a los sistemas de neurotransmisores o al neurodesarrollo. Las primeras abarcan receptores de los neurotransmisores como dopamina, GABA o glutamato y de otros neurotransmisores con menor relación, como la serotonina y la acetilcolina. También están implicadas diversas enzimas relacionadas con el metabolismo, cotrans- portadores y algunas proteínas intracelulares involucradas en la degradación o síntesis de dichos neurotransmisores. Entre las moléculas que intervienen en el neurodesarrollo están los factores neurotróficos (BDNF, DISC1, NRG1) y las proteínas del complemento C3 y C4, que median la respuesta inflamatoria y la poda sináptica durante el desarrollo temprano. Los productos de la producción genética involucrados en la etiología de la esquizofrenia aportan a la vulnerabilidad selectiva o al proceso de lesión que se instaura o progresa en el paciente, por tanto, su estudio es de relevancia para la comprensión de los fenómenos clínicos propios de la enfermedad.” LAVERDE-SUDUPE, N., GIRALDO- SERNA, A.L. y BECERRA, L.V. “Mecanismos moleculares de la esquizofrenia.”, *Revista de la Escuela de Ciencias de la salud de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medicina UPB)*, 42(2), 2023, página 44.

- 17 Si bien no tienen suficiente valor diagnóstico, se han constatado en resonancias magnéticas y tomografías ciertas anomalías estructurales (dilatación de ventrículos cerebrales, ensanchamiento de surcos y cisuras, hipoplasia cerebral, sobre todo frontal, anomalías en las conexiones y circuitos neuronales entre los lóbulos frontotemporales...entre otras). Los mismos autores hablan de posible factores ambientales (factores infecciosos o complicaciones obstétricas), factores psicológicos (alteración de procesamiento de información, personalidad premórbida), vulnerabilidad psicológica (déficit en capacidad neuropsicológica para tratar el estrés, déficit en procesamiento de información, insuficiencia cognitiva del sistema atencional supervisor) y factores psicosociales (acontecimientos vitales estresantes, papel de la familia en el desencadenamiento y evolución de la enfermedad). GONZÁLEZ HIDALGO, M., JIMÉNEZ SUÁREZ, O., MOURIÑO, C. y TUR, N., “La esquizofrenia en atención primaria. Identificación y tratamiento”, op. cit. página 351.



rían progresivamente el principio activo, facilitando más control de cumplimiento terapéutico, aspecto importante dada a veces la escasa conciencia de enfermedad, y una mayor integración social del paciente al reducir las visitas<sup>18</sup> o incluso estancias en centro psiquiátrico<sup>19</sup>.

No obstante, los severos efectos secundarios adversos de esta medicación deben de ser tenidos en consideración, tales como, en los antipsicóticos de primera generación, aumento de peso, impotencia, taquicardias, diversos problemas en la vista, parkinsonismo, distonía, acatisia y discinesia tardía en grado variable e incremento de la concentración de prolactina sérica<sup>20</sup> y, en los de segunda generación, ganancia de peso, dislipemia, hiperglucemia, diabetes mellitus, alargamiento del intervalo QTc y posibles complicaciones cardiovasculares secundarias y síndrome metabólico, cuestiones que se han asociado con mayor tasa de abandono del tratamiento y, a su vez, con mayor probabilidad de recaídas en forma de brotes.

### 1.3. Comorbilidad<sup>21</sup>, peligrosidad y estigma

Otras cuestiones de suma importancia en relación con la enfermedad y su abordaje global son la comorbilidad (presencia de dos o más enfermedades asociadas e incluso interactuantes) y la peligrosidad asociada al diagnóstico: en cuanto a la primera, resulta muy frecuente el consumo de tóxicos, siendo el tabaco el más frecuente y dando lugar a la llamada “esquizofrenia dual”. El citado DSM-5, al respecto, indica que “más de la mitad de los individuos con esquizofrenia tiene un trastorno por consumo de tabaco y fuman cigarrillos de manera habitual. Cada vez se reconoce más la comorbilidad con los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia. Las tasas de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno de pánico son elevadas en los individuos con esquizofrenia en comparación con la población

---

18 ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J. d D., “Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018” op. cit. página 90.

19 Asimismo, la Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental plantea como recomendaciones: tratar el primer episodio esquizofrénico con la mayor precocidad posible, observar y documentar detalladamente los signos, síntomas y la evolución para tratar de diferenciarlos de otros trastornos (esquizaafectivo, esquizofreniforme, bipolar...), pautar como primera elección los fármacos antipsicóticos atípicos como amisulpride, quetiapina, risperidona y olanzapina, aripiprazol y ziprasidona para los primeros episodios de esquizofrenia. (NICE), siendo dicha pauta en la dosis mínima eficaz, y continuar mínimo un año de tratamiento de dicha medicación para los pacientes en remisión completa de un primer episodio. En todo caso, dicho documento pautará distintas recomendaciones en otras fases que tendrán como objetivos, entre otros, “reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente” y evitar la llamada neuroleptización rápida. SERVICIO MURCIANO DE SALUD, SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL, *Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*, Murcia, 2009, páginas 16-17.

20 TAJIMA, K, FERNÁNDEZ, H., LÓPEZ-IBOR, J.J., CARRASCO, J.L., DÍAZ-MARSÁ, M. “Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos”, *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (6), 2009, páginas 331 y 334.

21 Véase nota al pie 2.

general. El trastorno de la personalidad esquizotípica o paranoide a veces puede preceder al inicio de una esquizofrenia”<sup>22</sup>. Asimismo, los citados efectos adversos, unidos a la falta de concienciación y motivación del paciente, podrían originar la comorbilidad médica general de estos pacientes: “el escaso compromiso para realizar conductas dirigidas a mantener la salud (p. ej., cribado para el cáncer, ejercicio físico) aumenta el riesgo de presentar enfermedades crónicas, pero también pueden intervenir otros factores asociados al trastorno, como la medicación, el estilo de vida, fumar cigarrillos y la dieta. Podría haber una vulnerabilidad compartida para la psicosis y los trastornos médicos que explicaría parte de la comorbilidad médica de la esquizofrenia”<sup>23</sup>.

No solo serán estas las patologías concurrentes más frecuentes, puesto que muchos individuos también son diagnosticados de otros trastornos mentales<sup>24</sup>, pero una problemática frecuente es la del consumo de drogas, siendo esto altamente peligroso por la capacidad de la propia droga de precipitar determinados cuadros psicóticos y de dificultar el diagnóstico diferencial entre los síntomas propios de la esquizofrenia y los causados por la propia droga<sup>25</sup>. Así, si bien los datos no son unánimes ni estáticos, se plantea una comorbilidad de la esquizofrenia con distintas patologías:

---

22 ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...* op.cit. página 105.

23 *Ibidem*

24 Como trastorno de ansiedad, trastorno depresivo. (ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...* op.cit. página 110.)

25 GONZÁLEZ HIDALGO, M., JIMÉNEZ SUÁREZ, O., MOURIÑO, C. y TUR, N. sostienen que “el principal problema con el abuso de sustancias es su alta prevalencia entre pacientes esquizofrénicos, quienes consumen alcohol o drogas hasta tres veces más que otros jóvenes de la misma edad. Esta alta comorbilidad se ha tratado de explicar tanto por la capacidad de estas drogas de precipitar el cuadro psicótico (hipótesis de la vulnerabilidad) como por su capacidad de compensar ciertos síntomas de la enfermedad y de los efectos secundarios de los psicofármacos (hipótesis de la automedicación). En cualquier caso, las sustancias psicoactivas más comunes en primeros episodios de esquizofrenia son alcohol, cannabis, estimulantes (cocaína y anfetaminas) y drogas sintéticas diversas, las cuales pueden provocar, tanto durante su consumo como durante su abstinencia, la mayor parte de los síntomas psicóticos, tanto positivos como negativos, lo que dificulta enormemente el diagnóstico diferencial”. GONZÁLEZ HIDALGO, M., JIMÉNEZ SUÁREZ, O., MOURIÑO, C. y TUR, N., “La esquizofrenia en atención primaria. Identificación y tratamiento”, op. cit. página 353.

Según ROMERO ÁLVAREZ y MOLINA MARTÍN, la coexistencia entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias oscila entre el 25 y el 58%, consumiendo principalmente tabaco, frente al que presentan dependencia intensa, cannabis y cocaína. Esta alta tasa de comorbilidad se ha pretendido explicar ateniendo a modelos comunes (factores de riesgo o vulnerabilidades compartidas por la esquizofrenia y la adicción a sustancias) o a modelos de adicción secundaria, existiendo tres teorías: el modelo de automedicación (el paciente no consume sustancias al azar, sino las que mejor le alivian los síntomas del trastorno mental), modelo de alivio de la disforia (los pacientes esquizofrénicos serían propensos a sufrir experiencias disfóricas y también al consumo de sustancias psicoactivas, siendo el consumo un intento por aliviar las primeras) y modelo de múltiples factores de riesgo (tales como aislamiento social, fracaso escolar, pobreza, falta de actividades, habilidades interpersonales y cognitivas pobres, entre otros). ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J.d D., “Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018” op. cit. página 92.

Tabla 1. Elaboración propia.

Diagnóstico	Prevalencia
Trastorno de Pánico	15%
Trastorno de estrés postraumático	29%
Trastorno obsesivo-compulsivo	23%
Trastorno depresivo	50%
Uso de sustancias	47%

Fuente: Rosel Vales, M<sup>26</sup>

La segunda cuestión, qué duda cabe que de gran relevancia para el Derecho penal, sería la peligrosidad de los pacientes, planteándose, en consecuencia, si el propio diagnóstico es predictivo de violencia o, por el contrario, el paciente puede sustraerse de la misma y controlar su comportamiento: al respecto, la literatura científica confirma dificultades en la modulación del comportamiento, entre otras<sup>27</sup>, y constata cierta peligrosidad, pero no hay unanimidad: el DSM-5 más actualizado manifiesta que “la hostilidad y la agresión pueden asociarse a la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o inesperadas son poco comunes. La agresión es más frecuente en los varones jóvenes y en los individuos con antecedentes de violencia, falta de cumplimiento terapéutico, abuso de sustancias e impulsividad. Debe señalarse que la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son víctimas con más frecuencia que los individuos de la población general”, planteando un perfil no de agresor sino incluso de víctima, fruto de su vulnerabilidad psicológica<sup>28</sup>.

26 No hay unanimidad en las comorbilidades de la esquizofrenia y otros factores, pero los datos parecen arrojar cierto consenso en el cuadro expuesto. ROSEL VALES, M., “Comorbilidades en la esquizofrenia”, *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz*. (<https://infopsicosis.org/comorbilidad-con-otros-trastornos-psiquiatricos/> consulta 09/10/2024).

Otros, como GONZÁLEZ PABLOS apuntan sin especificar porcentaje de incidencia a “abuso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, agresión y violencia, trastornos de personalidad esquizotípicos, esquizoides o paranoides al inicio, en algunos casos”. GONZÁLEZ PABLOS, E., “Comorbilidad en la esquizofrenia”, *Informaciones psiquiátricas*, tercer trimestre 2009, n° 197. ([https://www.researchgate.net/publication/321197412\\_COMORBILIDAD\\_EN\\_ESQUIZOFRENIA#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/321197412_COMORBILIDAD_EN_ESQUIZOFRENIA#fullTextFileContent) consulta 09/10/2024)

RONCERO, MATALÍ y YELMO indican que “más del 75% de los esquizofrénicos fuman tabaco, el 30-50% cumplen criterios de abuso/dependencia de alcohol, el 15-25% consumen cannabis y el 5-10% cocaína”. RONCERO, C., MATALÍ, J. y YELMO, S., “Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual”, *Trastornos adictivos*, 8 (1), 2006 (<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13087266> consulta 09/10/2024).

27 HERLYN habla de “dificultad en la representación y mantenimiento de objetivos, dificultades atencionales, en focalizar y mantener la atención, en evaluación de funciones, en monitorización de tareas, en priorización, en modulación del comportamiento, en resolución de problemas, entre otros.” HERLYN, S. *Tratamiento de la esquizofrenia*. Facultad de psicología de Universidad de Buenos Aires. ([https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/tratamiento\\_farmaco\\_esquizofrenia.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/tratamiento_farmaco_esquizofrenia.pdf), consulta: 08/10/2024).

28 ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales...* op. cit. página 101.

En la misma línea, ESPEC y ECHEBURÚA afirman que, si bien deben efectuarse más estudios al respecto, las conductas violentas en el DSM-5 estarán más asociadas a emocionalidades negativas y menos a esquizotipias, encontrándose una mayor prevalencia en trastornos límite, trastornos antisociales y abusos de drogas<sup>29</sup>. En concordancia con ello, afirman que “los esquizoides no son violentos, pero pueden tener graves explosiones de cólera si se les invade su espacio personal o se les molesta” y que “con frecuencia hay una ausencia de precipitantes externos claros, por lo que las agresiones, al responder al mundo imaginario del sujeto, son inesperadas y, en consecuencia, no predecibles. Se trata de individuos con muy baja autoestima y con graves dificultades en las relaciones interpersonales. Al estar resentidos con la sociedad, presentan emociones negativas de ira o venganza. Su aislamiento y ausencia de habilidades sociales generan rechazo, lo que precipita el acto violento, que puede ser aislado, en serie o en masa”, planteando los autores que, al carecer de planificación, es difícilmente predecible, y que las víctimas son frecuentemente personas conocidas por el propio enfermo. No obstante, su conclusión es que “solo una pequeña parte de la violencia es enfermos mentales que, más que actores, tienden a ser víctimas de la violencia en función de su grado de indefensión. Los verdaderos protagonistas de las conductas destructivas no son producto de la locura, sino consecuencia de la marginación y de la maldad”, apuntando al abuso de alcohol y drogas como “cóctel explosivo con los trastornos de personalidad y parafilias”<sup>30</sup>. También ROMERO MARTÍNEZ considera que habrá un mayor riesgo de sufrir un brote violento o un estado de agitación en caso de paciente esquizofrénico, pero que no debe equipararse a una relación directa con la violencia y en particular con el homicidio, puesto que otros trastornos mentales, como los de personalidad (trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno narcisista, entre ellos) o los del estado de ánimo (la depresión y trastorno bipolar, entre otros) cursan con un incremento del riesgo de cometer actos violentos<sup>31</sup>, y

---

29 DUMAIS, POTVIN, JOYAL y otros encuentran en su estudio una correlación, en ciertos subgrupos de trastornos del espectro esquizofrénico, entre trastorno por consumo de sustancias y violencia grave y entre encarcelamiento, esquizofrenia y violencia grave. DUMAIS, A., POTVIN, S., JOYAL, C. et al, “Esquizofrenia y violencia grave. Un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias” *Psiquiatría biológica: publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Vol. 19, n° 3, 2012. Páginas 65-68. Cabe destacar también el metaanálisis efectuado por RUND, que vincula sólidamente abuso de sustancias, esquizofrenia y violencia, sin obviar factores como la impulsividad, psicopatía, velocidad motora y cognición. RUND, B.R., “A review of factors associated with severe violence in schizophrenia”, *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 72, 2018.

30 ESPEC, E. y ECHEBURÚA, E. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (5), 2010, páginas 252-253 y 259.

En este sentido, y desde una perspectiva profana de la materia, me atrevería a plantear la problemática de que la violencia por consumo y la provocada por esquizofrenia se equiparan, dada la comorbilidad existente, y esa falta de delimitación provoca aún mayor prejuicio y estigma con el enfermo y mayores dificultades a la hora de pautar tratamientos y medidas eficaces.

31 ROMERO MARTÍNEZ, A. “¿Existe una relación entre la esquizofrenia y la violencia y los homicidios?”, *Ars Medica, revista de ciencias médicas*. Vol 47, n° 1, 2022, cit. pág. 60.

De hecho, destaca en este sentido MONAHAN y otros, que afirman que los factores que más se podían relacionar con la violencia eran, entre otros, haber sufrido maltrato físico durante la infancia, abuso de sustancias, alucinaciones auditivas de pérdida de control interno...siendo

FULLAM y DOLAN constatan una correlación entre la comisión de delitos violentos y los rasgos psicopáticos comórbidos en pacientes de esquizofrenia, afirmando asimismo que, puesto que la psicopatía estaba asociada a puntuaciones más altas de grandiosidad y hostilidad, podría trabajarse sobre la hipótesis de que algunos síntomas atribuidos a la esquizofrenia tendrían realmente sus raíces en la patología de la personalidad y no en la esquizofrenia *per se*<sup>32</sup>.

En un sentido similar se expresan ARBACH y PUEYO, quienes afirman que la creencia de peligrosidad como sinónimo de enfermedad mental sería una simplificación teórica y fruto más bien del aumento de la conciencia e información y no del incremento de la violencia en sí misma, apuntando incluso a una “enorme difusión mediática” que reflejaría “la excepcionalidad”, considerando que “es más frecuente que los enfermos mentales sean víctimas de la violencia que autores de la misma (Stuart, 2003) realidad ésta poco recogida en los medios de información”<sup>33</sup>.

---

los predictores más robustos el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial, el abuso de alcohol o drogas y altas tasas de ira. MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SILVER E., ET AL “Rethinking Risk Assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence.” New York: Oxford University Press, 2001.

32 FULLAM, R. y DOLAN, M. “The criminal and personality profile of patients with schizophrenia and comorbid psychopathic traits.” *Personality and Individual Differences*, 40(8)1, 2006. 1591–1602. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.01.003>

33 Afirman que “La creencia de que el trastorno mental es la base de la peligrosidad de ciertos delincuentes y la razón de muchos actos violentos (por ejemplo, de agresiones sexuales, de violencia doméstica o de pareja) está muy extendida en la opinión pública y aparece como un justificante causal de numerosos delitos violentos. Sin embargo, el uso del factor enfermedad mental como concepto clarificador y explicativo de una conducta tan compleja como es la acción violenta no deja de ser una simplificación teóricamente arriesgada, aún más si el argumento sirve para guiar la acción profesional. Según Mullen, Burgess, Wallace, Palmer y Ruschena (2000) la creciente atención sobre las conductas delictivas y violentas de las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales severos tiene más que ver con una mayor conciencia de estos fenómenos que con un incremento objetivo de tales conductas, es decir que esta atención no se fundamenta en un incremento de la conducta violenta en los enfermos mentales. La esquizofrenia, especialmente la de tipo paranoide, fue el único trastorno mental asociado con un riesgo incrementado de conducta violenta en ambos sexos (Brennan, Mednick y Hodgins, 2000). Aunque este hallazgo puede sugerir que los síntomas paranoides juegan un rol en el riesgo de violencia, es importante notar que la bibliografía sobre el tema no es totalmente concluyente (Brennan y Alden, 2006).” Asimismo, afirmaban que “la prevalencia de violencia en quienes cumplían criterios para esquizofrenia, depresión mayor o trastorno bipolar era notablemente similar (entre el 11 y el 12.7%) y finalmente, la prevalencia en aquellos con un diagnóstico de alcoholismo o abuso de drogas era entre 12 y 16 veces mayor que en las personas sin diagnóstico. Ser hombre, joven, de clase social baja, con trastorno mental grave y abuso de sustancias fueron los mejores predictores demográficos y clínicos de la violencia.” Esto es, se evidencia un riesgo mayor de violencia, pero debe ser reconsiderado, pues no se aprecia que sea significativamente mayor por tratarse de trastornos mentales, sino que “comparado con la magnitud del riesgo de violencia asociado a los trastornos por abuso de sustancias o a los trastornos de personalidad, el riesgo asociado con los trastornos mentales severos es moderado y comparable a factores sociodemográficos tales como ser joven, de sexo masculino y el bajo nivel educativo, y además parece estar ligado a constelaciones sintomáticas particulares.” ARBACH, K y PUEYO, A.A., “Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20/ *Violence Risk Assessment in Mental Disorders with the HCR-20*”, *Papeles del Psicólogo*, vol. 28(3), 2007, páginas 178-179.

Igualmente, PUEYO y REDONDO ILLESCAS, refiriendo el “falso positivo” consistente en identificar la peligrosidad de un sujeto que no volverá a comportarse violentamente en el futuro<sup>34</sup>, y ESBEC, valorando la existencia de violencia, pero en menor grado de lo que parece expresar el estigma o los medios de comunicación y, según dicho autor, previsible a través de las señales de alerta, que permiten tomar medidas (apuntando como tal al internamiento civil involuntario)<sup>35</sup>. En el mismo sentido, VÁSQUEZ ROCCA, por entender que, por la cobertura de los medios de comunicación “esta psiquiatrización del crimen ha dado origen al mito del paciente mental peligroso” y que “aunque no hay ninguna evidencia de que los llamados pacientes psiquiátricos son más peligrosos que los normales (la situación actual apunta más bien a todo lo contrario), el mito del paciente mental peligroso se resiste a morir”, incidiendo, como se verá, en posibles medidas a adoptar y en que este enfoque es una “cortina de humo para toda una serie de problemas económicos, existenciales, morales y políticos que, estrictamente hablando, no requieren terapias médicas sino alternativas económicas, existenciales, morales y políticas”<sup>36</sup>.

---

34 Manifiestan que “la creencia de que la “peligrosidad” es la causa de la conducta violenta ha mantenido entre los profesionales una cierta quimera según la cual, si se “acertaba” en la identificación de este atributo, se garantizaba la seguridad y la prevención de la reincidencia violenta. En ciertos casos así ha sido, pero en muchos otros casos se han cometido errores y estos son de dos tipos. El más grave, se llama falso negativo y es el que se produce cuando se rechaza la presencia de peligrosidad en el sujeto y éste vuelve a cometer un acto violento. El otro tipo de error que se comete es el llamado falso positivo y consiste en identificar la presencia de peligrosidad en un sujeto que, sin embargo, no vuelve a comportarse violentamente en el futuro. PUEYO, A.A. y REDONDO ILLESCAS, S., “Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia”, *Papeles del psicólogo*, vol. 28 (3), 2007, página 163.

35 Apunta a que “la doctrina criminológica es unánime en reconocer que el pronóstico de la peligrosidad del sujeto, más aún del tipo pre-delictual, es sumamente arbitrario puesto que no se estructura en datos objetivos de orden científico, ni se deriva de un análisis probabilística (sic) riguroso. La valoración de la peligrosidad queda con frecuencia a merced de elementos subjetivos de carácter intuitivo-ideológico, por lo que se ha dicho que constituye un factor de inseguridad jurídica para la población. Más aún, equiparar enfermedad mental y peligrosidad criminal, constituye una tentación histórica estadísticamente injustificada, sin base empírica suficiente. La persona que padece enfermedad mental, el paciente psicótico, especialmente en caso de delirios persecutorios o de perjuicio, presenta un elevado riesgo de conducta violenta, pero a nivel global, estos graves trastornos actualmente solo explican un porcentaje muy discreto de criminalidad (más previsible) que tienen como condicionantes esenciales los trastornos de la personalidad (especialmente antisocial), el consumo de drogas psicoactivas y la problemática social. (...) (...) La persona con enfermedad mental no suele ser imprevisible, debiendo la sociedad estar alerta ante las conductas, signos o síntomas premonitorios (que no deben ser desoídos o minimizados) y tomar las medidas oportunas, concretamente el internamiento civil involuntario que está regido por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil”. ESBEC RODRÍGUEZ, E. “Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia) en psicología forense. Aproximación conceptual e histórica.”, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, vol. 3, nº 2, 2003, páginas 46-47.

36 VÁSQUEZ ROCCA, A. “Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “razón psiquiátrica”.”, *Nomads. Mediterranean Perspectives. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31, 2011, páginas. 11- 12.

En el mismo sentido POZUECO, MORENO, GARCÍA y BLÁZQUEZ, que sostienen que “los enfermos que cometen actos criminales, como un síntoma más de su propia enfermedad

ROMERO ÁLVAREZ y MOLINA MARTÍN, por el contrario, mantienen una postura intermedia, reconociendo la baja peligrosidad de los pacientes siempre que se cumplan requisitos como el control farmacológico y la abstinencia de consumo de drogas<sup>37</sup>, línea compartida con HEREDIA MARTÍNEZ, quien afirma que “toda persona peligrosa no sufre un trastorno mental, que todo enfermo mental no es *ipso facto* una persona peligrosa y sobre todo que el estado de peligrosidad no constituye necesariamente un estado permanente”<sup>38</sup> y con LÓPEZ MARTÍNEZ, quien

---

mental, son, sin duda, los menos numerosos de los grupos criminales, aunque puedan ser los más espectaculares, considerando que, desde el punto de vista psiquiátrico, no son propiamente enfermos mentales ni los neuróticos ni los psicópatas. Este criterio choca muchas veces al profano, al que le cuesta entender cómo un criminal que ha realizado a veces hechos tan desquiciados no sean “locos”, utilizando el vocablo coloquial, aun cuando padecen de trastornos emocionales o de personalidad y aunque, como vemos en el resto del estudio de las conductas desviadas, éstas pueden depender de diversas motivaciones y circunstancias no del todo normales”. POZUECO, J. M., MORENO, J. M., GARCÍA, M. E. y BLÁZQUEZ, M., “Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos”, *Revista Criminalidad*, 57 (2), 2015, página 248.

37 Plantean que “ninguna variable por sí misma puede explicar este tipo de conductas en los pacientes esquizofrénicos. Cada persona es un cúmulo de síntomas e historias vitales particulares que interacciona con un entorno social concreto” y que “en general, los esquizofrénicos no son más violentos que el resto de la población, siempre que estén controlados farmacológicamente, que no hayan sido dados de alta recientemente, que tengan una buena adherencia al tratamiento y que no consuman drogas (Arbach y Pueyo, 2007; Echeburúa y Loinaz, 2011; Esbec, 2005). Sin embargo, un importante porcentaje no recibe tratamiento adecuado, abandona la medicación, la toma de forma irregular o consume sustancias psicoactivas (Esbec y Echeburúa, 2016). A pesar de ello, es más probable que se hagan daño a sí mismos. El 10 % acaban suicidándose, porcentaje que se cuadruplica si existe abandono de medicación (Arseneault, Moffit, Caspi, Taylor y Silva, 2000). La violencia, en caso de llegar a producirse, lo hace en entornos endonucleares y sin historia previa (sin conflictos anteriores con la víctima). Según la revisión llevada a cabo por Joyal, Putkonen, Paavola y Tiihonen (2004), entre el 50 % y 60 % de los agredidos son miembros de la familia, mientras que solo del 12 % al 16 % son desconocidos para el agresor, aunque este último porcentaje se eleva en casos de pacientes varones, adictos a las drogas y emancipados. Fazel, Gulati, Linsell, Geddes y Grann (2009) realizaron un metaanálisis comparando el riesgo de comisión de delitos violentos entre esquizofrénicos y la población general, poniendo especial atención en aquellos casos de comorbilidad entre el trastorno mental y la adicción a sustancias. Se tuvieron en cuenta los delitos de homicidio, agresiones, robo, incendio, agresión sexual, amenazas e intimidaciones. De las personas esquizofrénicas, entre el 12 % y el 13 % habían sido condenadas alguna vez por alguno de estos delitos frente al 5-8 % del grupo de control. Sin embargo, al analizar por separado a esquizofrénicos con y sin trastornos de adicción a sustancias, se obtuvo que el 27,6 % de aquellos que eran adictos habían cometido un delito grave en algún momento, mientras que solo el 8,5 % de los no adictos lo había hecho.” ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J.d D., “Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018” op. cit. página 95.

38 Apunta a que “los esquizofrénicos no deben ser considerados como peligrosos. El consumo, el abuso o la dependencia a las sustancias tóxicas, en particular el alcohol (patología dual) son los que aumentan el riesgo del paso al acto criminal en el paciente esquizofrénico. En relación a los factores de riesgo de comisión de un delito de homicidio y/o asesinato, en un paciente esquizofrénico existen diversos factores de riesgo, que pueden clasificarse en función de la propia enfermedad y su evolución o de otros factores asociados, o la propia psicobiografía del paciente. Son: trastornos de conducta en la adolescencia, antecedentes de criminalidad, primer episodio de psicosis, asistencia psiquiátrica inadecuada, hospitalizaciones, comorbilidad con consumo de alcohol y drogas y aspectos medico sociales.” HEREDIA MARTÍNEZ, F.,

sí consideró que la esquizofrenia, en particular la paranoide, es el único trastorno mental asociado con riesgo incrementado de conducta en ambos sexos, pero constató que el riesgo de violencia se daba de forma “muy discreta”, asociando el incremento más importante a la comorbilidad antes comentada<sup>39</sup>. Dicha autora, asimismo, entendió que la falta de conciencia –autoconciencia– de la enfermedad provocaría el abandono del tratamiento y, eso sí, tal abandono sí se traduciría en un incremento del riesgo de violencia<sup>40</sup>, riesgo que sí se podría predecir con gran valor predictivos por los ingresos u hospitalizaciones previas del sujeto.

Cabe destacar al respecto la postura de WALLACE y otros, pues, aunque se reconoce un riesgo alto de violencia en ciertas ocasiones, realmente cuantifica el riesgo de cometer un homicidio en 1 sobre 150, indicando que la violencia grave no es tan común como parecería pensar, y que serían los pequeños actos de violencia menor los que resultan más frecuentes, pero en el contexto de consumo de sustancias o personalidad, no por la enfermedad en sí misma<sup>41</sup>, en la misma línea que SWANSON y otros, quienes afirman que la agresividad en pacientes esquizofrénicos vendría dada más por el desarrollo premórbido, con problemas de conducta en la infancia, y por la situación social, por problemas convivenciales<sup>42</sup>, que por el curso de la enfermedad, y que, si bien la sintomatología positiva (susplicacia, alucinaciones, grandiosidad, hostilidad..) implicaría un incremento del riesgo, la sintomatología negativa (aislamiento, dificultad de pensamiento abstracto...) dis-

---

“Esquizofrenia y riesgo de homicidio. Una perspectiva europea”, *La Ley digital*, 110, 2014, páginas 9-10.

39 Afirma que “con los casos que se diagnosticaron en el espectro de la esquizofrenia ocurría una situación intermedia: globalmente presentaban conductas violentas con una frecuencia cuatro veces superior a la de la población sin diagnóstico psiquiátrico, pero ese nivel de riesgo se reducía de manera muy importante si no había un problema de comorbilidad asociada (generalmente de abuso de sustancias, pero también de otros problemas psiquiátricos, quizás indicando una situación de mal control clínico)” poniendo como ejemplo un estudio de Nueva Zelanda en el que el riesgo por dicha comorbilidad era significativamente superior: “Los individuos con dependencia del alcohol, marihuana y trastornos del espectro esquizofrénico presentaron un riesgo de conductas violentas 1,9, 3,8 y 2,5 veces superior, respectivamente.” LÓPEZ MARTÍNEZ, M.P., *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Derecho. 2015, páginas 137 y 140.

40 LÓPEZ MARTÍNEZ, M.P., *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta*, op. cit. página 351.

En el mismo sentido, TABORDA ZAPATA, E., MONTOYA GONZÁLEZ, L.E., GÓMEZ SIERRA, N.M., ARTEAGA MORLES, L.M. y CORREA RICO, O.A., “Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos”, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (2), 2016, página 120.

41 WALLACE, C., MULLEN, P.E. Y BURGESS, P. “Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders.” *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2004, páginas 716-727.

42 SHORT, THOMAS, MULLEN y otro inciden en que dichos incidentes de violencia familiar se presentarían con mayor frecuencia en mujeres con esquizofrenia. SHORT, T., THOMAS, S., MULLEN, P., OGLOFF, J.R.P., “Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls.” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 128, n° 4, 2013. Páginas 306-313. <https://doi.org/10.1111/acps.12066>.



minuiría dicho riesgo, ya que para cometer actos violentos se requeriría cierto nivel de activación y contacto social que no estaría presente en pacientes con sintomatología negativa<sup>43,44</sup>.

Este enfoque sobre la visión relativa y multifactorial<sup>45</sup> de la peligrosidad debería hacer al lector o lectora repensar su postura sobre la misma, y plantearse si no existe condicionamiento, prejuicio o estigma con respecto al enfermo esquizofrénico. En este sentido, ROMERO ÁLVAREZ y MOLINA MARTÍN entienden que sí hay tal estigma y responsabiliza a los medios de comunicación y consideran que la estigmatización lleva al acoso y a otras formas de victimización del propio enfermo mental, evidenciando estudios que habían constatado que eran los enfermos las víctimas de puñetazos, estrangulamientos y amenazas con armas<sup>46</sup>. Esta postura es

---

43 SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., VAN DORN, R. A., ET AL, “A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia.” *Archives of General Psychiatry*, 63, 2006, páginas 490–499.

44 Se da la paradoja, según FAZEL, GULATI y otros, de que, si se compara la conducta agresiva y la frecuencia de delitos en pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves, sobre todo los referidos trastornos de la personalidad, se constata que la enfermedad actuaría como factor protector de la persistencia o continuación de dichos actos. FAZEL, S., GULATI, G., LINSELL, L., GEDDES, J.R., GRANN, M. “Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis”. *PLoS Med* 6(8), 2009: e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120

45 Destaca, al respecto, el trabajo de revisión de MARTÍNEZ FERNÁNDEZ y FUENTE DÍEZ, que manifestarían que “queda patente que la conducta violenta en el paciente esquizofrénico tiene una causa multifactorial que es preciso definir en cada caso. No hay factores únicos que expliquen la violencia en esquizofrenia, sino que la conducta violenta ocurre en un sistema socio-ecológico, incluyendo el paciente con una particular historia de vida y estado de salud en un particular entorno social. (...) (...) Aunque la epidemiología actual parece apoyar la idea de la relación positiva entre esquizofrenia y conducta agresiva, existe aún heterogeneidad entre estudios referentes al peso que cada factor tiene en el aumento o la disminución de la violencia. Las diferencias entre los diferentes estudios radican en distintas variables: la evaluación de la violencia independientemente de que el momento del diagnóstico de esquizofrenia fuera antes o después de los episodios agresivos, lo cual produce una sobreestimación de los efectos de la enfermedad (a excepción de los estudios longitudinales, que sólo evaluaron la violencia post-diagnóstico, dando niveles menores de riesgo); y la limitación de generalización de los estudios” y concluye que “si se han dilucidado los factores que más aumentan el riesgo de violencia en estos pacientes es necesario que el tratamiento de la enfermedad tenga también estos factores en cuenta y que sirvan para la prevención y manejo de estas conductas. El sistema de salud mental y general tiene que tener en cuenta que no solamente deben tratarse los problemas clásicos asociados a la enfermedad, que no dejan de ser el objetivo base del tratamiento, para asegurar la calidad de vida del paciente y de los que le rodean, sino que también tienen que concienciarse de la importancia de la detección de los factores de riesgo para así hacer una labor predictiva.” MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, C. y FUENTE DÍEZ, E., “Esquizofrenia y conducta agresiva”. *Revista médico jurídica*, Número II, 2020. (<https://revistamedicojuridica.com/blog/2020/09/30/esquizofrenia-y-conducta-agresiva/> consulta 14/01/2025)

46 “Desde la perspectiva de la población general, se tiende a asociar el padecimiento de una enfermedad mental como la esquizofrenia con un elevado riesgo de peligrosidad, en gran parte gracias a los medios de comunicación. Por un lado, favorece esta visión la enorme atención mediática puesta en aquellos casos puntuales en los que enfermos mentales cometen delitos graves. Por otro lado, lo hace una lista de series, películas y libros donde se presenta a estas personas como delincuentes sin escrúpulos y asesinos en serie, formándose así una imagen de criminales cuyos actos son aleatorios, carentes de sentido y totalmente impredecibles (Esbec y Echeburúa, 2016; Stuart 2003). Todo ello provoca que en la opinión pública, ante hechos de extrema violencia, se acabe usando la enfermedad mental como justificante de los

compartida por GONZÁLEZ PABLOS y MARTÍN LORENZO, que analizaron el concepto y los tipos de estigma y consideraron válidos resultados que arrojaban que más del 90% de los enfermos encuestados habían experimentado discriminación a causa de su estado de salud mental y necesitaron ocultar su diagnóstico, constatando, según los autores, “la universalidad de la discriminación que afecta de manera adversa a personas con esquizofrenia”<sup>47</sup> y por LÓPEZ, LAVIANA, FERNÁNDEZ y otros, que consideran evidente la estigmatización social e incluso un proceso de lo que denominan “autoestigmatización”<sup>48</sup>. También LÓPEZ MARTÍNEZ considera que las conductas violentas que ejecutaría el enfermo serían contra su entorno cercano, “lo que contradice cierta fantasía generalizada de que las personas con un trastorno mental grave suponen una amenaza indiscriminada para la población general y justificaría tomar medidas de control excepcional sobre estas personas”<sup>49</sup>. Más allá va RUNTE GEIDEL, quien considera que la persona con trastornos mentales “es alguien que reclama ayuda y protección y que, una sociedad más justa y solidaria, tendría que ayudar a aliviar sus sufrimientos y a integrarla en su seno” y que “es más probable que las personas con esquizofrenia sean las víctimas que las autoras de malos tratos o violencia”, apuntando nuevamente a los medios de comunicación<sup>50</sup>.

---

mismos, simplificando en exceso la relación que pudiera haber entre ambos y sin atender a otros factores (Arbach y Pueyo, 2007).” ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J.d D., ““Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018”, op. cit. página 94.

- 47 Afirman que “Hoy se considera que hay tres conceptos previos que nos ayudan a entender el estigma: 1. El *estereotipo*: las creencias que tiene la mayoría de la gente acerca de la esquizofrenia, basadas en el nivel cultural general de la sociedad, en las leyes, en experiencias previas, en mitos, etc. 2. El *prejuicio*, es la interiorización del estereotipo y las emociones que se generan. 3. La *discriminación*, se trata de la conducta resultante de lo anterior. La dinámica sería: “*el esquizofrénico*” es incapaz, incurable, peligroso, etc. Me genera miedo, incompreensión, incomodidad. Yo le rechazo, aílo, discrimino, etc. Se consideran tres tipos de estigma: *estigma social*. (Creencias negativas y prejuicios que se producen en la sociedad), *estigma estructural* (conjunto de leyes, normas, procedimientos sociales, que regulan los derechos de los pacientes) y *estigma internalizado o autoestigma* (interiorización del estigma por el paciente, de tal manera que va a reproducir la misma dinámica descrita anteriormente: estereotipo, prejuicio, discriminación -no puedo trabajar, no sé trabajar, no busco trabajo-.” GONZÁLEZ PABLOS, E. y MARTÍN LORENZO, C., “Estigma y Esquizofrenia”, *Informaciones psiquiátricas*, n° 243, 2021, página 67. (<https://www.informacionespsiquiatricas.com/storage/article/pdfs/20210428170401.pdf> consulta 09/10/2024)
- 48 LÓPEZ, M., LAVIANA, M., FERNÁNDEZ, L. et. al. “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 28, n° 1, 2008 ([https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004) consulta 15/01/2025)
- 49 LÓPEZ MARTÍNEZ, M.P., *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta*, op. cit. página 142.
- 50 Se refería además a determinados estudios sobre las representaciones de los medios de comunicación respecto a los trastornos mentales, constatando que “el número de reportajes que se referían a violencia era cuatro veces mayor que el número de reportajes con actitud positiva hacia la enfermedad”, que “hay relación entre los reportajes respecto a la enfermedad mental y las actitudes de los policías, y que en un 21% de la muestra de este estudio las personas entrevistadas, aún teniendo experiencias con la enfermedad mental de no violencia, tienen

Por último, cabe destacar la reflexión de GONZÁLEZ PARRA, MOLINA, HUERTAS y otros sobre la peligrosidad en estos pacientes, que abogan por no confundir el análisis de variables de predicción de violencia con la peligrosidad social, siendo ésta, a su juicio, un constructo social, y que proponen al respecto abandonar abordajes globales y valorar el riesgo de forma individual, sustituir métodos clínicos por métodos actuariales y evitar las llamadas “estrategias de predicción” por las “estrategias de manejo de riesgo”, combinatorias de medidas de seguridad, supervisión y soporte personal<sup>51</sup>.

Ante tales planteamientos, una cuestión común parece ser la percepción de la enfermedad y de la violencia pero no ligadas de modo indubitado y en cada enfermo, sino dependiendo en gran medida de factores como el abandono del tratamiento ante la ausencia de conciencia de la enfermedad, el apoyo familiar y social, el estrés, los entornos violentos y, muy relevante, el consumo de tóxicos, que elevarían significativamente tanto el diagnóstico comórbido de esquizofrenia con el trastorno psicótico por consumo de alcohol y drogas, como la posibilidad de un brote de la enfermedad que cursase de forma aguda<sup>52</sup>. Estas cuestiones denotarían una

---

una opinión influida por las representaciones de los medios, dando como resultado que creen en la violencia de las enfermedades mentales (Wolf, 1997).” El autor justificaba estas conductas de la prensa por la necesidad de ésta “de hechos llamativos, espectaculares y que atiendan los apetitos del público, pero está claro que además de los efectos estigmatizantes, también dificultan el tratamiento adecuado de las personas.” RUNTE GEIDEL, A., *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 2005, página 95.

- 51 GONZÁLEZ PARRA, S., MOLINA, J.D., HUERTAS, D. *et. al*, “Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos”. *Archivos de Psiquiatría*, nº 2-4, Vol. 71, 2008. Página 117.  
Destacan en ese sentido el trabajo de WALSH, BUCHANAN y FAHY, que ven una relación entre violencia y esquizofrenia pero con un riesgo aumentado considerablemente en el caso de consumo de sustancias, por lo que proponen abordar, con tratamientos de deshabituación, el abuso de sustancias. WALSH, W., BUCHANAN, A. y FAHY, T., “Violence and schizophrenia: examining the evidence” *The British Journal of Psychiatry*, enero 2018. (<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/violence-and-schizophrenia-examining-the-evidence/BEC530F212F98C0400D3D32CB2710BA9>) Consulta 15/01/2025, y el trabajo de SINGH, SERPER, REINHARTH y otro, que consideran que es necesaria una mayor investigación en herramientas de evaluación del riesgo porque las actuales tendrían poca evidencia directa de su utilidad en enfermos/as de esquizofrenia. SINGH, J.P., SERPER, M., REINHARTH, J. *et al*, “Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 37, nº 5, 2011, páginas 899-912.
- 52 En este sentido cabe desatacar el trabajo de RODRÍGUEZ y BRAVO que determina que “Los elementos comunes que definen a las personas con TMG (*sic*, trastorno mental grave), y especialmente con esquizofrenia pueden resumirse en: mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y situaciones de aislamiento social, dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/ o sociales, dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación.” RODRÍGUEZ, A., y BRAVO, M.F., “La atención integral en la comunidad a las personas con Trastorno Mental Grave” en *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*, (coord. Gisbert Aguilar, C.), Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003,

suerte de círculo vicioso del enfermo con presencia de motivos fundados e infundados para el rechazo del propio individuo que, a su vez, llevarían a elevar el estrés y a favorecer la citada aparición de brotes. La identificación de dicha dinámica retroalimentada de factores de riesgo y de enfermedad será determinante a la hora de valorar medidas preventivas, jurídicas o de intervención social que rebajen la posibilidad de recidivas y fomenten la integración del individuo.

Evidentemente, esta diatriba plantea cuidar y proteger al enfermo y entender que las conductas antisociales e incluso las antijurídicas, en caso de darse y como veremos, traen causa de la enfermedad y no de la voluntad, planteándose la inimputabilidad y la aplicación de eximentes completas, incompletas o atenuantes analógicas si el hecho se ha cometido influenciado o dominado por el propio trastorno, pero verlo de dicho modo no implica olvidar las necesidades de la sociedad y de los familiares y entornos cercanos a los enfermos, que plantearán en ocasiones la necesidad de autoprotección frente al constante “síndrome del buen samaritano”. Es por este motivo que cabrá analizar qué ocurre ante situaciones antijurídicas de estos enfermos y qué medidas o actuaciones tienen el Estado y la sociedad para actuar, prevenir e integrar.

## **2. LA ESQUIZOFRENIA EN LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA**

La esquizofrenia, dados los síntomas expuestos y la afectación que puede causar en el individuo, es una de las causas de aplicación de eximentes completas o incompletas recogidas en el artículo 20 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (en adelante, Código Penal o CP)<sup>53</sup>, que declarará la exención de responsabilidad penal de quien “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”.

Si bien este trabajo no puede abarcar con extensión ilimitada la problemática del tratamiento de la enfermedad mental en los tribunales, sí cabe hacer un esbozo de cómo ha sido recogida en las distintas resoluciones en las que se analizaba la comisión de un hecho delictivo por un enfermo de esquizofrenia. Al respecto, cabe destacar el trabajo de ROMERO ÁLVAREZ y MOLINA MARTÍN, en el que examinaban la jurisprudencia del Tribunal Supremo de 2008 hasta 2018: los referidos autores constatan una primera postura del Tribunal Supremo que acordaba la inimputabilidad del sujeto en función “del propio padecimiento en virtud del principio *in dubio pro reo*”, siendo matizada tal postura tras constatar que había que analizar el nexo causal entre el diagnóstico y los hechos delictivos cometidos, línea acorde a la necesidad de verificar que en el preciso momento de cometer la infracción, como indica el artículo 20, está influido o dominado por los síntomas

---

página 32. Esta mayor vulnerabilidad al estrés y la falta de flexibilidad y resiliencia recogidas formarían el citado caldo de cultivo perfecto para, ante situaciones de marginación y violencia, sufrir recidivas.

53 Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

de la enfermedad. Los referidos autores reflejaban que así se valoraba el trastorno mental y “las consecuencias psicológicas específicas que hubiera causado tal trastorno”, y recogían los criterios comunes usados por el Alto Tribunal al respecto: “la aplicación de la circunstancia eximente completa del art. 20.1 del Código Penal cuando el hecho se ha producido bajo los efectos de un brote esquizofrénico<sup>54</sup>, el uso de la eximente incompleta del art. 21.1 si no se obró bajo ese brote, pero sí revelándose un comportamiento anómalo atribuible a esa enfermedad y la utilización de la atenuante analógica del art. 21.7 si el hecho delictivo es consecuencia del residuo patológico llamado defecto esquizofrénico (Esbec y Echeburúa, 2016)”. Esta línea jurisprudencial los llevaba a concluir que “al contrario de lo que ocurría antiguamente, el diagnóstico de esquizofrenia, por sí mismo, no conlleva el decreto automático de la inimputabilidad del acusado”<sup>55</sup>. En la misma línea, analizando criterios jurisprudenciales de años anteriores al referido trabajo, MORILLAS CUEVA evidenció la apreciación de eximente completa en caso de que la esquizofrenia provocase psicosis o alucinaciones a los acusados o, en caso contrario, de eximente incompleta<sup>56</sup>, y PÉREZ ARIAS, si bien en relación con otras patologías pero expresando la necesidad de individualizar la aplicación del Derecho penal y la imposibilidad de apreciar circunstancias eximentes o atenuantes en delitos cuya acción no guarde relación con la patología<sup>57</sup>.

---

54 Esta apreciación será generalizada o muy frecuente también en otros ordenamientos jurídicos, no cabe analizar el derecho comparado en este trabajo, pero se considera interesante remitir también al trabajo de VILARIÑO, ALVES y AMADO quienes apreciaron que al 70% de los participantes en el estudio inimputables que padecían esquizofrenia se les apreció la eximente completa por considerar que la enfermedad anuló la responsabilidad. VILARIÑO, M., ALVES, A.C. y AMADO, B.G., “Perfil clínico y delictivo de una muestra de reclusos inimputables de Portugal [Criminal and clinical profile in a sample of legal insanity portuguese inmates].”, en AA.VV., *Avances en psicología jurídica y forense. Colección psicología y ley*. n° 13, Madrid, 2016, página 119.

55 ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J.d D., ““Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018” op. cit. página 99.

56 MORILLAS CUEVA, L. *Sistema de Derecho Penal. Parte general*. Dykinson, Madrid, 1ª reimpresión, 2021, páginas 650-651.

57 Expresa el autor que “deberá realizarse una valoración, caso a caso, de la fenomenología propia y singular de la conducta penal cometida, descartando cualquier apreciación atenuatoria en aquellos delitos cuya acción no guarde relación alguna con exteriorizaciones impulsivas de la voluntad. Tal razonamiento, dado el carácter expansivo del derecho penal actual (inspirado cada vez más en consideraciones de riesgo abstracto), limita mucho los delitos a los que se le puede aplicar la eximente incompleta analizada.” PÉREZ ARIAS, J., “Aseguramiento penal en sujetos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” en *La responsabilidad penal de las personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*, (Coord. Morillas Fernández, D.L.). Madrid, Dykinson, 1ª ed., 2019, página 151.

No obstante, en la práctica esto resulta a veces “todo un ejercicio de adivinanza” en palabras de ROLDÁN BARBERO, quien considera que “el perito médico tiene que valorar en el juicio no sólo la existencia de la enfermedad mental, sino también si ésta impidió o no conocer al responsable la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Lo cual ha de hacer, por lo general, bastante tiempo después de cometido el delito. De considerar el psiquiatra que esa capacidad se halla anulada, y si su dictamen es convincente, se aplica la inimputabilidad completa; si hay una merma considerable pero no una anulación, se opta por la semiinimputabilidad.” ROLDÁN BARBERO, H., “¿A dónde van los enfermos mentales que cometen delitos?”, *Revista Electrónica*



Completando dichos trabajos y analizando por esta autora las resoluciones más actuales<sup>58</sup> se puede observar el mantenimiento de la tendencia a la individualización de la condena y al análisis de las circunstancias que, en el momento determinado, habrían influido en el enfermo. Ello no obsta a que en ciertos casos el diagnóstico se obvie, puesto que en las defensas de algunos procedimientos se alega la afección de esquizofrenia paranoide sin prueba al respecto, o la esgrimen en una suerte de “carta blanca” para obtener atenuación de prueba sin demostrar la influencia del diagnóstico en el delito, o el sujeto está afectado por trastorno puntual –o crónico– por consumo de alcohol y tóxicos, en cuyo caso la cuestión a dilucidar no será la existencia o afectación de dicha enfermedad mental.

Cabrá destacar, al respecto, el Auto del Tribunal Supremo (en adelante, TS), Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 30 de mayo de 2024 (CENDOJ)<sup>59</sup>, en la que el acusado “padece una esquizofrenia paranoide de larga evolución, de un carácter persistente e irreversible, con tendencia a la agravación cuando no se toma el tratamiento, descompensándose y pudiendo protagonizar episodios delictivos y, al encontrarse descompensado el día de los hechos, no tenía capacidad para entender la ilicitud de los hechos cometidos”. Por dicho motivo, la Audiencia Provincial le absuelve de los delitos de homicidio intentado y amenazas, apreciando la eximente de responsabilidad criminal de anomalía o alteración psíquica del artículo 20.1ª, y le impone medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario o educación especial por tiempo máximo de 9 años por el delito de homicidio intentado y máximo de 1 año por el delito de amenazas, y medida de libertad vigilada consistente en la prohibición de que el acusado pueda comunicar por cualquier medio y aproximarse a una distancia inferior a 200 metros de las víctimas, por tiempo de cinco años por el delito intentado de homicidio y de un año por el delito de amenazas, cuyo cumplimiento se llevará a cabo de forma sucesiva una vez finalizado el internamiento.

También la Sentencia del TS (en adelante, STS) 263/2023, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 19 de abril de 2023 (CENDOJ)<sup>60</sup> considera relevante, en el caso de la pena de localización permanente que quebrantó la acusada, que ésta padece esquizofrenia paranoide y tenía mermadas, pero no anuladas, su capacidad para conocer y su voluntad, procediendo a su condena como eximente incompleta. Mismo supuesto se dará en el caso de la STS 6/2023, Sala de lo Penal, Sección

---

*de estudios Penales y de la Seguridad*, 5, 2019, página 12. ( <https://www.ejc-reeps.com/numeros-antiores/numero-5-segundo-semester-2019>, consulta 08/10/2024).

En la misma línea, considerando la dificultad de establecer una doctrina general sobre la incidencia de los trastornos de la personalidad en la capacidad y culpabilidad, ESBE y ECHEBURÚA: “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”, op. cit. página 258.

58 Se han tenido en cuenta, salvo error u omisión involuntarios, todas las resoluciones del Tribunal Supremo de 2020 a la actualidad.

59 ECLI: ES: TS: 2024:7927A.

60 ECLI: ES:TS: 2023:1704.

1ª, de 19 de enero de 2023 (CENDOJ)<sup>61</sup>, que rechazó la existencia de brote psicótico en el momento comisivo y apreció la eximente incompleta con efectos atenuantes. También se apreciará en la STS 349/2022, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 6 de abril de 2022 (CENDOJ)<sup>62</sup> al considerar probada afectación parcial de las capacidades ejecutivas del acusado.

Más restrictivo será el Auto del TS, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 18 de mayo de 2023 (CENDOJ)<sup>63</sup>, confirmando la condena de la Audiencia Provincial de Barcelona por entender que, a pesar de la “esquizofrenia paranoide agresiva y el consumo abusivo de alcohol” no hubo afectación del sujeto en el momento de los hechos, de modo que se le condena por asesinato intentado sin circunstancias modificativas de la responsabilidad. Tampoco lo hará la STS 940/2022, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 2 de diciembre de 2022 (CENDOJ)<sup>64</sup>, que condenará al acusado al apreciar que, aunque hubiese trastorno de personalidad y consumo continuo y dependencia al cannabis, la esquizofrenia paranoide diagnosticada no afectó a su voluntad ni a su intelección en un caso de terrorismo del Daesh.

En un extremo contrario, confirmando la línea jurisprudencial de la eximente completa si había afectación total de voluntad, la STS 953/2022, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 14 de diciembre de 2022 (CENDOJ)<sup>65</sup>, que finalizaba el mediático proceso por asesinato de dos menores, hijos de los acusados, confluyendo esquizofrenia, consumo de tóxicos y creencias sobre chamanería y espíritus: la acusada, no así el acusado, sería absuelta de matar a sus hijos y se le impondría una medida de seguridad de internamiento por cuarenta años<sup>66</sup>. Igualmente, la STS 515/2022, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 4 de octubre de 2022 (CENDOJ)<sup>67</sup>, que consideró

---

61 ECLI: ES:TS: 2023:190.

62 ECLI: ES: TS: 2022:1329.

63 ECLI: ES: TS: 2023:9268A.

64 ECLI: ES: TS: 2022:4801.

65 ECLI: ES: TS: 2022:4687.

66 El tribunal condenó al acusado a veinticinco años de prisión por el asesinato de cada hijo, con un máximo de cumplimiento de cuarenta años, y a la acusada la consideró víctima de un “brote agudo, que “anulaba completamente las bases psicobiológicas de su imputabilidad (inteligencia y voluntad).” y la condenó a veinticinco años de internamiento en centro psiquiátrico por el asesinato de cada hijo, con un máximo de cumplimiento de cuarenta años. Si se desea conocer los hechos desde un punto de vista periodístico, cabe citar, entre otras, la noticia del diario digital Levante de 17 de enero de 2020 (<https://www.levante-emv.com/sucesos/2020/01/17/madre-mato-hijos-godella-sufre-11699732.html>, consulta 08/10/2024).

67 ECLI: ES: TS: 2022:2217. Se apreció “circunstancia eximente plena de anomalía psíquica, así como la atenuante simple de reparación del daño, acordando la imposición de la medida de seguridad de internamiento por un tiempo no superior a siete años para tratamiento en centro o establecimiento psiquiátrico dependiente de Instituciones Penitenciarias, por el momento en régimen cerrado, sin que pueda abandonar el establecimiento sin permiso del Tribunal y sin perjuicio de que, a la vista de la evolución de la medida de seguridad, pueda ser modificada” y la medida de “la medida de libertad vigilada por tiempo de seis años, consistente en la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a control médico periódico para la supervisión de su enfermedad, y a la prohibición de aproximación a menos de 500 metros y de comunicación con Martina durante diez años.”

que, además del diagnóstico de esquizofrenia paranoide, “en el momento específico de los hechos se encontraba en una situación de descompensación psicótica, de tal manera que tenía sus facultades cognitivas y volitivas anuladas” y el Auto del TS 134/2022, Sala de lo Penal, Sección 1ª, de 3 de febrero de 2022(CENDOJ)<sup>68</sup>.

A la vista de lo expuesto, no se constata un cambio de línea jurisprudencial del Alto Tribunal, que intenta determinar la pena o medida a imponer en función de la afectación del diagnóstico en el sujeto en el momento de los hechos y de la peligrosidad de aquél, y se verifica la posibilidad de imposición de medida de internamiento en centro psiquiátrico adaptado, todo ello en concordancia con lo indicado por autores como DE AGUILAR GUALDA, quien expone que nuestro ordenamiento se ha decantado por la llamada “fórmula mixta”<sup>69</sup> en la que no solo se debe analizar la patología mental de manera aislada sino también el efecto en

---

68 ECLI: ES: TS: 2022:1774A. En esta resolución es llamativa la valoración del Tribunal sobre la Sentencia de Audiencia Provincial, pues destaca la peligrosidad del sujeto por la comorbilidad por adicción a consumo de tóxicos, y denota la preocupación por los daños que éste pudiera causar dada la misma: “presentaba una esquizofrenia paranoide y un trastorno de la personalidad obsesivo-paranoide, que abolían en el momento de los hechos de modo completo sus capacidades intelectivas y volitivas, al encontrarse en una crisis psicótica. A consecuencia de dicho padecimiento, muestra una personalidad peligrosa con riesgo para terceras personas. Asimismo, en el transcurso de su enfermedad no se ha mostrado sistemático y riguroso en la observancia del tratamiento médico prescrito (...) (...) los médicos forenses pusieron de manifiesto que la actitud del acusado comporta una situación de riesgo, no sólo para sí mismo, sino para terceros, sin que sea descartable un nuevo conflicto legal por la evolución de la enfermedad que padece; por lo que junto a la enfermedad se aprecia una situación de peligrosidad tanto para el propio acusado como para terceros, concurriendo los presupuestos necesarios para la adopción de una medida de seguridad.

También valora el Tribunal Superior, que los médicos forenses indicaron que el acusado, por su nula conciencia de la enfermedad, se ha mostrado en el curso del tiempo reactivo a seguir los tratamientos pautados, situación en la que se encontraba en el momento de los hechos, y lo único que puede asegurar una cierta prevención es un estricto control del tratamiento y el no consumo de tóxicos; que los trastornos que padece el acusado son crónicos e irreversibles y precisan de un tratamiento psiquiátrico de forma continuada. El criterio del Tribunal Superior de Justicia es acertado. La justificación del internamiento en centro adecuado para el tratamiento psiquiátrico del acusado, como mecanismo que compatibilice sus intereses sanitarios y la seguridad colectiva, descansa en la constatación -ya expuesta- de que el acusado perpetró un delito con peligro para la vida y la integridad física de las personas, y que es susceptible de reproducirse por no tener cura su padecimiento psiquiátrico, y además porque confluye con un pronóstico de poder reiterarse por su falta de conciencia de la enfermedad, siendo preciso que lleve necesariamente un tratamiento psiquiátrico controlado a fin de evitar alteraciones de conducta con agresividad hacia terceros.”

69 Delimita las fórmulas en: “Fórmula biológica o psiquiátrica: se centra exclusivamente en si el sujeto padece o no una enfermedad, trastorno o anomalía psíquica; Fórmula psicológica: se refiere al efecto de la inimputabilidad en el momento de comisión del hecho, es decir, las consecuencias psicológicas que jurídicamente son relevantes para la consideración de inimputable, sin fijarse en la anomalía psíquica que pueda padecer el sujeto; Fórmula mixta (biológico-psicológica): requiere de ambas, es decir, se analiza tanto la anomalía como el efecto psicológico que produce en el sujeto dicha alteración”. DE AGUILAR GUALDA, S., *Estudio jurisprudencial de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos*. Bosch Penal. Barcelona, 1ª ed., 2017, página 41. Cabe destacar de esta autora, en el mismo trabajo, el pormenorizado análisis de resoluciones judiciales que incluyen trastornos asociados y su clasificación entre el diagnóstico con precisión, diagnóstico atribuible y con diagnóstico impreciso. (Páginas 411 y siguientes).



el sujeto. A partir de este punto se deberá determinar, asimismo, qué medidas podrían adoptarse ante hechos antisociales previos a la comisión del delito.

### 3. PLANTEAMIENTOS PREVENTIVOS EN ESQUIZOFRENIA, MEDIDAS DE SEGURIDAD Y LÍMITES LEGALES

El enfoque sostenido hasta ahora, aunque pretende romper con el binomio “enfermo mental-violencia” o incluso con el de “esquizofrenia-peligrosidad” no olvida que estas cuestiones han sido resueltas por los tribunales cuando efectivamente ha habido un hecho delictivo, con mayor o menor violencia, pero, en todo caso, anti-jurídico y lesivo de bienes y/o personas. Es por ello por lo que se plantea la problemática de la prevención de los delitos, de la evitación de la violencia y de sus límites, debiendo considerar para ello cuestiones éticas –que no cabría abordar en este trabajo, por sus múltiples prismas y su amplio contenido sociológico y filosófico– pero también legales y principios básicos de nuestro ordenamiento. Ante la postura de posibles víctimas de hechos antisociales cometidos por estos enfermos, o de observadores externos que evidencian la peligrosidad pre-delictual por ser conscientes del abandono de medicación, la comorbilidad o la marginalidad de la persona, ¿cabría imponer medidas de seguridad o implementar otro tipo de recursos?

Para analizar esta cuestión, debemos acudir primeramente a autores como MORILLAS CUEVA, quien plantea la finalidad de la pena y de la medida de seguridad, entendiendo la de esta última como la que se hace “sobre el individuo que también ha realizado una conducta observada por la ley penal como infracción y que revela una determinada peligrosidad criminal, aunque su conducta pueda ser no culpable”, adelantando así su postura, que será a su vez una de las premisas, con matices, de este trabajo: solo cabrán medidas de seguridad post-delictuales, manifestando que hay que excluir de todo punto las medidas de seguridad pre-delictuales, basadas en indicios personales distintos de la comisión del delito, que serían contrarias a nuestro ordenamiento jurídico. También se vería en contra de imponer medidas de seguridad por actos antisociales, esto es, que fuesen “levemente perturbadores” de la vida comunitaria, pues entiende que la peligrosidad social sería “insuficiente” y propone, en cambio dejar “su prevención a la política social del Estado y, si en este ámbito fracasa, en todo caso, a medidas de tipo administrativo”<sup>70</sup>. A tal efecto, dicho autor es claro al hablar del principio de peligrosidad, de los planteamientos garantistas que también tienen que ser aplicables a las medidas de seguridad y de la relación con el artículo 6 del Código Penal: “el citado artículo 6 en su número primero reitera la fundamentación de las medidas de seguridad en la peligrosidad criminal del sujeto al que se le impongan, para añadir a continuación que exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito. Se decanta adecuadamente por la peligrosidad criminal post-delictual y, en consecuencia,

---

70 Y ello puesto que considera que “Como exponen JESCHECK-WEIGEND las medidas de seguridad requieren, al igual que las penas, una justificación: no solo tienen que ser adecuadas a su fin, sino que también han de poder ser sostenidas a la luz de la justicia”. MORILLAS CUEVA, L. *Sistema de Derecho Penal. Parte general*, op. cit. página 98.

por las medidas de seguridad de la misma naturaleza, las únicas con ubicación aceptable en el Derecho penal”<sup>71</sup>. Esta postura es igualmente expresada por PÉREZ ARIAS, quien rechaza un derecho penal de autor que se basase en la imposición de medidas basadas en la posibilidad abstracta del sujeto de cometer delito<sup>72</sup> y por ORTS BERENGUER y GONZÁLEZ CUSSAC, que sostenían que las medidas de seguridad pre-delictuales tenían su origen en legislaciones preconstitucionales y que las medidas deben de tener como finalidad no la reacción ante el delito ni su castigo, sino la evitación de que se comenten nuevos delitos en el futuro, y todo ello condicionado “necesariamente” a la previa comisión de un delito<sup>73</sup>.

Ante esta disyuntiva, en la que se puede evidenciar una peligrosidad del enfermo constatada por la comisión de actos delictivos, pero también una peligrosidad pre-delictual derivada de la propia patología<sup>74</sup>, del consumo de tóxicos y la deficiente medicación, las medidas de seguridad no pueden ser la solución al problema, incluso considerando que, para algunos autores, ni siquiera lo son en casos de comisión delictiva<sup>75</sup>. Habrá que acudir, pues, a intervenciones en otros ámbi-

---

71 MORILLAS CUEVA, L. *Sistema de Derecho Penal. Parte general*, op. cit. página 133.

72 Afirma el autor que “en efecto, el debate, y la valoración que debe realizar el Tribunal puede girar en torno a la posibilidad abstracta de que el sujeto se vea inmiscuido nuevamente, por sus caracteres patológicos, en otra situación delictual explosiva, sino que habrá de concretarse en qué delitos puede darse y si estos comparten naturaleza con el delito cometido. Evitar situaciones parecidas a la ocurrida es lo que pretende evitar el legislador a través de un juicio de previsibilidad. Otra consideración nos llevaría nuevamente a un derecho penal de autor que dejaría poco espacio para la libertad legítima e individual del sujeto, de ahí la dificultad del juicio de probabilidad que exige hacer el Código Penal. Como señala SOTOMAYOR ACOSTA las dificultades en la determinación de la peligrosidad de un sujeto, es decir, de determinar probabilidad de que cometa un hecho delictivo en el futuro, constituye una de las críticas más antiguas a la noción de peligrosidad, especialmente en lo referido al riesgo que tal juicio de pronóstico supone para las garantías individuales, pues, consistiendo la peligrosidad en la probabilidad y no en la certeza de un evento, se hace depender la sanción de un elemento incierto. Por eso mismo, EXNER sostuvo que el concepto de peligrosidad es un concepto peligroso “. PÉREZ ARIAS, J., “Aseguramiento penal en sujetos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”, op. cit. página 151.

73 Afirman que las medidas se encontraban previstas en leyes como la Ley de Vagos y Maleantes de 1933 y en la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970, que consideraban que, si el sujeto estaba incurso en lo que era considerado un estado peligroso, debía imponer medida de seguridad. A su juicio, parte de la doctrina y sentencias del Tribunal Constitucional consideraron anticonstitucionales tales medidas por la inseguridad jurídica y la vulneración del principio de legalidad, y considera, por tanto, aplicable solamente las medidas de forma posterior y no previa a la comisión de un delito. ORTS BERENGUER, E. y GONZÁLEZ CUSSAC, J.L., *Compendio de Derecho Penal. Parte General*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 10ª ed., 2023, página 601.

74 Sin perjuicio de lo anteriormente indicado en cuanto a que no puede correlacionarse de manera automática esquizofrenia y violencia, y de que otros trastornos o patologías conllevarán mayor riesgo de violencia, cabe indicar que ESBEC y ECHEBURÚA apuntan, en este sentido, que las personas que van a ser diagnosticadas en un futuro muestran precozmente diferencias con el resto de la población, y habla de años de conductas prodrómicas, por lo que considera que “un reto de futuro es diseñar protocolos de valoración y gestión del riesgo para detectar y afrontar adecuadamente los síntomas prodrómicos”. ESBEC, E., y ECHEBURÚA, E., “Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense”, *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 2016, página 77.

75 ROLDAN BARBERO plantea incluso que “en el tratamiento hospitalario de enfermos recluidos por la aplicación de una causa de inimputabilidad y los internados por una causa de

tos, optando por combinar la legalidad con las necesidades personales y sociales: ROLDÁN BARBERO sugiere que, tras una hospitalización penitenciaria y ante una libertad y vuelta del sujeto a la sociedad, se puede ingresar en una comunidad terapéutica dependiente de salud mental, custodia familiar, servicios residenciales proporcionados por servicios sociales que también podrán apoyar la integración laboral e incluso el internamiento no voluntario previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante, también, LEC), declarado inicialmente “inconstitucional sin nulidad, por la STC 132/2010, de 2 de diciembre, por no tener rango de ley orgánica pese a comportar una privación de libertad” pero, como se verá, posteriormente reformulado en ley orgánica<sup>76</sup>.

Desde un punto de vista facultativo, la literatura científica plantea reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente, continuar con la medicación y llevar a cabo un seguimiento regular de los efectos secundarios, considerando recomendable enseñar al paciente y a sus familiares a identificar signos iniciales de recaída y a elaborar un plan de actuación para el caso de que estos evolucionen<sup>77</sup>. Asimismo se recomienda, en caso de recaída por falta de adherencia al tratamiento, reiniciar la medicación pero también investigar acerca de los motivos de dicho abandono, y plantea medidas complementarias como el tratamiento psicológico basado en terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y la intervención familiar, a la que da gran importancia por los cuidados preventivos y asistenciales que proporciona la familia, concienciándoles igualmente de los estresores de los pacientes y capacitándoles para la convivencia con estos. A modo de resumen, la comunidad facultativa plantearía la siguiente tabla:

---

semiimputabilidad. Es básicamente homogéneo para todos ellos. El 70% lo está por la primera; el 30%, por la segunda. Los motivos que determinaron en la sentencia esta diferenciación jurídica no fueron, seguramente, muy exactos.” ROLDÁN BARBERO, H., “¿A dónde van los enfermos mentales que cometen delitos?”, op. cit. página 12.

A su vez, este autor considera que incluso las penas pueden conllevar un mejor tratamiento que la medida de seguridad, que vería “sustraía a algunas ventajas de las que participan los penados: la prisión atenuada del artículo 100 del Reglamento Penitenciario, la posible obtención del tercer grado penitenciario, los permisos de salida reglados, la libertad condicional. Esta paradoja lleva a un resultado no peor para el enfermo encarcelado que al que se hubiera llegado de habersele aplicado una medida de seguridad” ROLDÁN BARBERO, H. “¿A dónde van los enfermos mentales que cometen delitos?”, op. cit. página 11.

Esta opinión es compartida por HERNÁNDEZ MONSALVE, quien considera que “el endurecimiento de las penas a pacientes mentales es otro hecho que tiende a generalizarse. Esta es también otra razón para que la defensa del acusado soslaye el tema de la enfermedad. Datos de sentencias de tribunales franceses informan de incremento de duración de las sentencias, de modo que en veinte años muchas sentencias, para los mismos delitos, se han duplicado. Se trata de una tendencia general, particularmente manifiesta cuando se aplica a pacientes mentales” HERNÁNDEZ MONSALVE, M., “Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea”, *Documentación Social*, 161 (abril-junio 2011), 2011, página 11.

76 ROLDÁN BARBERO, H. “¿A dónde van los enfermos mentales que cometen delitos?”, op. cit. páginas 14 y 16.

77 Entre otros, SERVICIO MURCIANO DE SALUD, SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL, *Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*, op. cit. páginas 17-18 y 39.

Tabla 2. Elaboración propia

Fase o Estado	Descripción
<b>Pródromos</b>	Intervención Diagnóstico precoz
<b>Fase Inicial</b>	Acortar el periodo sin tratamiento una vez iniciada clínica psicótica Disminución de prevalencia
<b>Fase Aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Control de síntomas agudos</li><li>- Prevenir posibles daños</li><li>- Intervenir en los trastornos de conducta</li><li>- Establecer alianza terapéutica</li><li>- Desarrollar un programa terapéutico individualizado</li></ul>
<b>Fase de Estabilización</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reducción del estrés</li><li>- Disminución recidivas</li><li>- Reducir síntomas de forma continuada</li></ul>
<b>Fase Estable</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mantener la remisión</li><li>- Mejorar la funcionalidad y calidad de vida</li><li>- Vigilancia de efectos adversos</li></ul>
<b>Situaciones Especiales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Depresión</li><li>- Comportamiento suicida</li><li>- Agresividad</li><li>- Consumo de tóxicos</li><li>- Embarazo y lactancia</li></ul>

Fuente: Servicio Murciano de Salud

Desde el punto de vista jurídico, para cumplir estas medidas se deberá de tener en cuenta las limitaciones impuestas por las propias leyes, siendo una de ellas la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que consagra la plena integración de las actuaciones en salud mental en el sistema sanitario general, y la equiparación del enfermo mental a otros enfermos, teniendo especial atención en reducir la hospitalización y en la atención integral de los enfermos<sup>78</sup>. También habrá que conjugar estas cuestiones con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula, a partir de su artículo 6 los derechos y la auto-

---

78 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo veinte. Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. (...) (...) 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.” Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/1/1986/04/25/14/con>

nomía del paciente<sup>79</sup> y, en concordancia con ellas, la propia LEC en su artículo 763 que regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico puesto que, tras la declaración de inconstitucionalidad antes indicada, se confirió carácter orgánico a dicho artículo a través de la disposición adicional 1 en la redacción dada por el art. 2.3 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio<sup>80</sup>. Tal precepto, que no se reproduce íntegramente en aras a la brevedad pero al que se hará referencia más adelante para sugerir una posible reforma, plantea el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, regulando la necesidad, salvo en casos de urgencia y aunque esté sometida a patria potestad o tutela, de autorización judicial previa, la ratificación de dicha medida por el tribunal del lugar donde radique el centro y la audiencia a la persona afectada y a facultativo designado por él, entre otras cuestiones<sup>81</sup>.

Del mismo modo, será relevante la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica<sup>82</sup>, que conllevó la reforma de la Ley 15/2015<sup>83</sup>, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria y reformuló de manera sustancial la declaración de incapacidad, tutela y curatela como las conocíamos hasta ahora, poniendo a la persona con discapacidad en el centro de las decisiones y los cuidados<sup>84</sup>.

---

79 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

80 Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/22/8>

81 ESPEJEL JORQUERA critica este procedimiento al considerar que abarca “enfermos que no han delinquido, enfermos delincuentes y delincuentes enfermos”, y que deberá haber distinción en estos aspectos. ESPEJEL JORQUERA, C. “El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C.”, *Psicopatología clínica, Legal y Forense*, Vol. 4, 2004, página 59.

También ha sido objeto de crítica por SERRANO RUIZ-CALDERÓN y LANGELAAN OSSET quienes consideran que, a pesar de la importante reforma llevada a cabo por la referida Ley 8/2021, ésta no afectó el artículo 763 LEC, que adolece de carencias significativas al regular únicamente el internamiento no voluntario en los supuestos en los que existe un trastorno psíquico diagnosticado y siempre que se produzca una situación urgente o brote que requiera el internamiento, entienden por ello que debería “cerrarse oportunamente” el problema y abogan por “una reforma en profundidad”, aunque no promueven medidas concretas. SERRANO RUIZ-CALDERÓN, M. y LANGELAAN OSSET, F.d.B., “La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006. Una aproximación crítica a su adaptación al Derecho español y su reflejo en la jurisprudencia.”, *Cuadernos de Derecho Transnacional*, vol. 15, n° 2, 2023, páginas 935 y 940.

82 Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>

83 Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/02/15/con>

Cabe recomendar, al respecto, el “Código del Derecho de la Discapacidad. Legislación Estatal”, actualizado constantemente y disponible en el enlace: [https://www.boe.es/biblioteca\\_juridica/codigos/codigo.php?id=125\\_Codigo\\_del\\_Derecho\\_de\\_la\\_Discapacidad\\_Legislacion\\_Estatal&modo=2](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=125_Codigo_del_Derecho_de_la_Discapacidad_Legislacion_Estatal&modo=2)

84 Aunque esto deberá adaptarse al perfil que tenga la persona con discapacidad. DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA. *Guía de provisión de apoyos a las personas con discapacidad para el ejercicio de la capacidad jurídica*, página 11.

Conjugando lo anterior y desde un punto de vista asistencial que no olvide las garantías antes indicadas, diversos autores abogan por medidas psicosociales, para las que sin duda hará falta un alto grado de intervención social, personal y de dotación económica que, a juicio de la autora, pueden ser el talón de Aquiles de cualquier proyecto de mejora: GONZÁLEZ PABLOS y MARTÍN LORENZO plantean la continuidad de distintos programas internacionales (Open the Doors, de la Asociación Mundial de Psiquiatría, para luchar contra el estigma y fomentar la educación y la modificación legislativa, y Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, con mayor desarrollo desde 2008 y basado en ampliar servicios y métodos de capacitación en distintos países) y medidas consistentes en intervenciones en distintos ámbitos<sup>85</sup>, VALLINA FERNÁNDEZ y LEMOS GIRÁLDEZ abogan por intervenciones familiares psicoeducativas, entrenamiento en habilidades sociales y tratamientos cognitivo-conductuales, considerando que son los tratamientos psicológicos “que han demostrado ser eficaces”<sup>86</sup>, y ARBACH y PUEYO, por una gestión individualizada que valore correctamente el riesgo, a través de una política preventiva y derivada de una adecuada gestión de los factores de riesgo<sup>87</sup>; TORRE AYLLÓN sugiere como medida el trabajo sobre el afecto y las autoevaluaciones negativas<sup>88</sup> MAGRO SERVET aboga por el “Programa puente de mediación social”<sup>89</sup> e INGLOTT DOMÍNGUEZ, TOURIÑO GONZÁLEZ, BAENA RUIZ y FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ también inciden en la intervención familiar, sostienen que la mayoría de modelos existentes surgieron a través de la actuación de equipos “muy especializados en atención familiar”, y consideran que una intervención familiar correcta ha demostrado disminuir las

---

85 Promueven distintas intervenciones: “para mejorar la imagen de la Psiquiatría. Tratan de prestigiar la práctica psiquiátrica, dando a conocer sus contribuciones positivas y corrigiendo la leyenda negra de la etapa manicomial; intervenciones sobre los medios de comunicación, con aplicación de guías de estilo que corrijan la tendencia a dar una visión negativa de las personas con alguna enfermedad mental en las noticias publicadas; Intervenciones sobre los profesionales sanitarios para minimizar el estigma en los estudiantes de Ciencias de la Salud, los profesionales de la Salud Mental o de Atención Primaria; Intervenciones sobre los pacientes y familiares. Se han elaborado guías para la reducción del estigma.” GONZÁLEZ PABLOS, E. y MARTÍN LORENZO, C., “Estigma y Esquizofrenia”, op. cit. página 69.

86 VALLINA FERNÁNDEZ, O., LEMOS GIRÁLDEZ, S., “Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia”, *Psicothema*, vol. 13, n° 3, 2001, cit. pág. 346 ([http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10982/tratamientos\\_psico.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10982/tratamientos_psico.pdf) última consulta 08/10/2024).

87 ARBACH, K y PUEYO, A.A., “Valoración del riesgo de violencia ...cit. pág. 183.

88 Además, es destacable su exposición de los distintos factores de riesgo y el detallado plan de entrenamiento psicosocial para el enfermo y las familias. TORRE AYLLÓN, M. *Manejo integral del paciente con esquizofrenia*. Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria, 2021, página 18.

89 Plantea en un reciente artículo la disyuntiva de dejar en libertad a un enfermo al que se le impuso una medida de seguridad post delictual y que en ese momento está recuperado, pero que probablemente en su salida abandone la toma de medicación y recaiga en su patología y probablemente en comisión de nuevos delitos. MAGRO SERVET, V., “20 Criterios ante la libertad de personas en centro psiquiátrico por apreciarse enfermedad mental con riesgo de reincidencia”, *Diario La Ley*, n° 10585, 10 de octubre de 2024 (<https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAEAMtMSbF1CTEAAhMzM0tzQ7WY1KLizPw8WYMDIxMDS0NzKEBmWqVLfnJIZUGqbVpiTnEqAP34nloIAAAWKE> Consulta 10/10/2024).

recaídas psicóticas y mejorar el ambiente familiar<sup>90</sup>, pero partiendo de que en dicha atención no se culpabilizará a los familiares, sino que se les considerará “agentes terapéuticos” y merecedores, por tanto, de formación para abordar sus problemas.

Otros autores y la última literatura científica defenderían la prevención también desde el punto de vista facultativo, considerándola complementaria al aspecto psicosocial, por lo que se debe hacer hincapié en dicha perspectiva: GARCÍA ANDRADE es uno de ellos, abogando por encontrar un equilibrio entre los tratamientos pautados y la llamada “ligereza terapéutica”, que puede provocar desatención<sup>91</sup>, y ésta será también la línea escogida por las guías de consenso y protocolos<sup>92</sup>, que actualmente contemplan tanto la salud mental y el abordaje de las

---

90 Consideran que “intervención familiar se recomienda en guías de tratamiento de la esquizofrenia y protocolos de consenso de expertos. Lehman y Steinwachs en el estudio PORT (*Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*) recomiendan la intervención familiar durante un periodo de al menos 9 meses, incluyendo una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis. Las intervenciones familiares van también demostrando ser eficaces cuando son utilizadas por clínicos en los servicios comunitarios. A pesar de todas estas evidencias, las intervenciones familiares siguen sin tener una implantación suficiente en la atención habitual. La realidad es que sólo una minoría de las familias que tienen contacto con los pacientes esquizofrénicos ha recibido apoyo e información sobre la enfermedad.” INGLOTT DOMÍNGUEZ, R., TOURIÑO GONZÁLEZ, R., BAENA RUIZ, E., FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J., “Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. n.º. 92, Madrid, 2004, página 3442. Estos autores plantean además en su trabajo un pormenorizado despliegue de recursos sociales, tales como reuniones con las familias y con el propio paciente y sesiones informativas y concienciadoras durante meses con diferentes profesionales que, desde luego, plantean un reto a nivel dotacional y económico que puede ser el gran obstáculo del desarrollo de este tipo de medidas.

91 Manifiesta que “el menor número de actos criminales de los enfermos mentales está condicionado, en gran medida, por la atención, asistencia y tratamiento a que se ven sometidos, teniendo la certeza de que si no fuera así, el número de actos violentos aumentaría, como ha ocurrido en algunos casos en los que la ligereza terapéutica ha colocado en disposición a estos pacientes de convertirse en asesinos de alto riesgo, lo que supone una clara responsabilidad social al dejar desasistidos y sin tratamiento a enfermos que lo precisan, e incluso cuando esta precisión se ve impuesta por la prevención del delito, estableciendo especiales medidas de custodia que no suponen internamientos definitivos ni para siempre, sino mientras sea necesario, y sin que ello deba interpretarse como una actitud peyorativa hacia el enfermo, sino que forma parte del tratamiento integral al que debe someterse siempre a un paciente psiquiátrico, sea éste del tipo que sea” GARCÍA ANDRADE, J.A., *Psiquiatría criminal y forense*. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1ª ed.,1993, página 201.

92 Debemos destacar, por su novedad y la importancia que tiene en el ámbito de la salud mental, la Guía de Coordinación Interinstitucional para la ejecución de Medidas de Seguridad de Internamiento en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, publicada en el mes de julio de 2024 y que supone un documento de consenso entre la Administración de Justicia, la administración regional en el campo de la asistencia social (Instituto Murciano de Acción Social) y en el campo sanitario (Servicio Murciano de Salud), (<https://www.poderjudicial.es/cgpj/gl/Poder-Judicial/Tribunales-Superiores-de-Xustiza/TSX-Rexion-de-Murcia/Actividades-do-TSX-Rexion-de-Murcia/Protocolos-e-convenios/Guia-de-Coordinacion-Interinstitucional-para-la-ejecucion-de-Medidas-de-Seguridad-de-Internamiento-en-la-Comunidad-Autonomade-la-Region-de-Murcia> consulta 08/10/2024).



crisis en sí mismas como la rehabilitación al enfermo, marcando lo que parece que serían los límites actuales<sup>93</sup>.

#### **4. OTROS PLANTEAMIENTOS ALTERNATIVOS COADYUVANTES: PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN Y DE *LEGE FERENDA***

Las vías mencionadas hasta ahora inciden, por tanto, en el apoyo médico y psicosocial y en las medidas de seguridad post-delictuales, de modo que quedan vetadas las medidas de seguridad pre-delictuales jurídicamente entendidas, pero en este trabajo se plantean distintas alternativas que ayuden a la prevención, al manejo y la mejoría del paciente y a la evitación de la sintomatología que dé lugar a las conductas antisociales, e incluso que establezcan con el enfermo una sinergia que facilite la implementación de esas medidas sin necesidad de la previa comisión de delito.

##### **4.1. Rehabilitación a través de videojuegos, propuesta de reforma del internamiento civil involuntario e implantación de la figura del “tutor-amigo”**

Una de ellas, consciente quien suscribe de que parece, cuanto menos, curiosa, es la rehabilitación social de las personas con esquizofrenia a través de los videojuegos, propuesta defendida por GARCÍA MAGÁN, SIURANA LÓPEZ y MORENO PALACIOS y a la que se adhiere esta autora, dado que puede mejorar la plasticidad cerebral, fomentar la recuperación de habilidades y capacidades como el aspecto psicomotor inhibido como consecuencia de la enfermedad, ralentizar el aplanamiento afectivo y aumentar el autocontrol, entrenando al paciente en la inhibición de impulsos, cuestión ésta última que se ha visto muy útil en pacientes con síntomas positivos<sup>94</sup>.

Otra propuesta de medida a adoptar, si bien se ha mencionado en epígrafes anteriores que hoy en día está ligada a pacientes que estarían sufriendo una crisis, sería la del internamiento civil involuntario del artículo 763 de la LEC, pero siendo reformado para paliar las carencias que la doctrina ha evidenciado<sup>95</sup>, y ampliando así

---

93 Plantea como medidas a implementar: atención y tratamiento de salud mental, atención en las crisis, rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social, rehabilitación laboral y apoyo en el mundo del trabajo, alojamiento y atención residencial comunitaria, apoyo económico, protección y defensa de sus derechos ante abusos y obstáculos y apoyo a las familias. RODRÍGUEZ, A., y BRAVO, M.F., “La atención integral en la comunidad a las personas con Trastorno Mental Grave”, op. cit. páginas 33-35.

94 GARCÍA MAGÁN, A., SIURANA LÓPEZ, S., MORENO PALACIOS, P., “Los videojuegos en la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia”, *Trabajo social y salud*, nº 77, 2013, páginas. 111-128.

95 Recientemente ha entrado en vigor la Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia (Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2025/01/02/1>), que ha perdido la oportunidad de modificar estos artículos, a pesar de la gran reforma legislativa, procesal y de fondo, efectuada. Sí cabe indicar que los procedimientos de internamiento no voluntario ahora serán tramitados por la sección de Familia, Infancia y



su aplicación a situaciones antisociales pre-delictuales y previas a las citadas crisis o brotes.

Actualmente, el referido artículo contempla el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, planteando como premisa que la persona “no esté en condiciones de decidirlo por sí”, de modo que se prevé, incluso si está sometido a tutela o patria potestad, que se lleve a efecto tal internamiento tras autorización judicial, que a su vez será previa al internamiento en sí salvo que existan razones de urgencia que impidan la espera, planteando una situación límite en tal caso. Si se diera dicho supuesto, se prevé un plazo de veinticuatro horas para la comunicación a la autoridad judicial de la situación del enfermo y un segundo plazo de setenta y dos horas de ratificación, por aquélla, del referido ingreso, lapso durante el cual será oído el enfermo (si bien puede no estar aún en condiciones de decidirlo por sí, como reza el precepto), el Ministerio Fiscal, un facultativo, la defensa del enfermo y “cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente”. Si el dictamen fuera favorable al internamiento, se establece la obligación de informar periódicamente al tribunal, estableciendo un periodo obligatorio de seis meses salvo indicación en contra y planteando, por tanto, un escenario de internamiento de larga duración que, si bien se ha acordado con las garantías establecidas en ese precepto, parece haber sido motivado por razones de urgencia en las que la crisis o el brote son evidentes, y una reforma del referido precepto en la que se contemplase un ingreso previo a las citadas crisis, ante situaciones antisociales predictivas de las mismas, podría ser aconsejable.

No se plantea, pues, un internamiento involuntario como medida pre-delictual sin más, no previsto en nuestro ordenamiento jurídico ni contemplado en el orden penal, puesto que solo se admitirán tales medidas ante situaciones post-delictuales, en cumplimiento de las garantías legales y constitucionales a que se ha hecho referencia así como de principios penales básicos como el de seguridad jurídica, y parece que debe seguir contemplándose así: se sugiere, sin embargo, una reforma del artículo 763 que rebaje el carácter de *ultima ratio* del internamiento (conoce esta autora, sí, de que la privación de libertad debe ser el último recurso) y no lo contemple, como hasta ahora, solo para las situaciones marcadamente dramáticas, sino que se amplíe la aplicación del precepto a las primeras fases de la descompensación o el brote, de modo que el enfermo, que no estará con sus facultades totalmente intactas pero tampoco inmerso en una crisis, pueda servirse junto con sus personas de apoyo de ésta y de otras medidas que a continuación enunciaremos para anticiparse a la conducta delictiva y enajenada, y así se le permita estar debidamente atendido mediante un opcional ingreso con medicación y nuevas medidas de concienciación sin tener que esperar a situaciones límite.

A *priori* esta sugerencia puede parecer difícil de instaurar, pero hasta ahora no se ha encontrado la fórmula magistral (o incluso mágica) que lleve a todos los enfermos a controlar su toma de medicación, sus estresores y su propia vulnerabilidad, por lo que se plantea en este trabajo, junto a la apenas mencionada, otra medida

complementaria que lleve a cabo una vigilancia estrecha del paciente: la implantación de una suerte de “trabajador-tutor-amigo” que puntualmente dé la voz de alarma ante fases iniciales de brote o descompensaciones, de modo que se activen los mecanismos médico-sociales tanto de internamiento como de otras formas de control. Esto podría servir al propio paciente, dada la relación de confianza con su “tutor-amigo”, para identificar a través de éste esos primeros indicios de descompensación y colaborar en su recuperación (también con las dos siguientes medidas), aunque en ciertos casos que cursen con obsesiones o alucinaciones como los antes enunciados pueda ser difícil. No obstante dicha dificultad, la implantación de esta medida entrañaría un balance coste-beneficio positivo, dado que, si fuese exitosa, sería más eficaz que la llamada “puerta giratoria” de ingresos ante situaciones límite, intervención de urgencia, salidas y nuevas recaídas, con el riesgo de desestabilización, suicidio y daño propio y a/de terceros por parte del paciente que conlleva cada una de ellas.

#### **4.2. Medida de tratamiento ambulatorio involuntario y documento de toma de decisiones compartidas**

La antedicha “puerta giratoria” también puede tener cierta solución con otra medida que se sugiere en este trabajo: la implantación y desarrollo del llamado Tratamiento Ambulatorio Involuntario (en adelante, también, TAI), que tendría cabida, según ROMERO ÁLVAREZ y MOLINA MARTÍN, en el artículo 106.1.k)<sup>96</sup> del Código Penal y que establece la obligatoriedad de someterse a tratamientos de forma involuntaria si con ello se obtienen beneficios superiores para el enfermo y la sociedad<sup>97</sup>. Esto, evidentemente, está contemplado como medida de seguridad post-delictual en el ámbito de la imposición de una libertad vigilada y como complemento a ésta, pero no tiene regulación específica en el ámbito civil<sup>98</sup>, si bien en otros países<sup>99</sup> se plantea

---

96 La libertad vigilada consistirá en el sometimiento del condenado a control judicial a través del cumplimiento por su parte de alguna o algunas de las siguientes medidas: (...) (...) k) La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

97 ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J.d D., “Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018” op. cit. página 91.

98 Los autores plantean dos cuestiones que no deben ser soslayadas: por un lado, que no hay consenso en los profesionales de la salud sobre si dicha medida es necesaria, y por otro, que hay juzgados que lo solicitan e involucran a las fuerzas y cuerpos de seguridad para que el enfermo sea trasladado para recibir su medicación. De otro punto, plantean, al igual que el magistrado Echarri Casi con el que elaboran su trabajo que, incluso pensando en dicho TAI como medida post delictual en el marco de una libertad vigilada, la obligatoriedad es un “ejercicio de voluntarismo penal y de redacción taxativa que en nada favorece estos casos”, y plantea que el legislador no previó consecuencias de dicho incumplimiento, que sería un nuevo delito de quebrantamiento de medida que, en caso de conllevar una nueva medida de seguridad más restrictiva, iría contra la propia finalidad de la medida y podría perjudicar el curso de la enfermedad mental.

99 Según GÍAS GIL se podrían diferenciar distintas formas de TAI: “TAI como alternativa post-alta de una unidad de internamiento cerrada: regulado en Inglaterra, Gales, Alemania, Francia, Portugal, Luxemburgo, Bélgica, diferentes estados de EE. UU. o Canadá. “*After care under supervision*” o

de forma ordinaria y en España se ha realizado a diversos pacientes, aplicándose las llamadas “órdenes TAI” en distintos juzgados de España y arrojando resultados positivos en pacientes con psicosis en los que aquél se niega a asistir a los recursos terapéuticos disponibles, recae frecuentemente por abandonar la medicación o ni siquiera tiene intención de continuar el tratamiento, o tiene una conducta agresiva, salvando así las actuales restricciones del citado artículo 763 que solo contemplaría el internamiento y, como se ha indicado, en situaciones límite.

Atendiendo a lo indicado por autores como GIAS BIL, el TAI tendría los siguientes argumentos a favor y en contra a valorar:

*Tabla 3. Elaboración propia.*

Pros	Contras
La ley actual es desproporcionada ya que restringe todas las libertades del paciente, sólo contempla la hospitalización involuntaria del paciente cuando la situación ya se ha agravado tanto que no queda otra alternativa menos restrictiva. Si se aplicase el TAI, la ley sería más preventiva y privaría al individuo sólo de una de sus libertades, quedando el resto preservadas. Diferentes legislaciones han avalado el derecho del paciente a tratarse en el medio menos restrictivo posible.	Es una medida discriminatoria y estigmatizante que además afecta de manera negativa la alianza terapéutica con el paciente.
También defienden el principio “ <i>A Maiori ad Minus</i> ”, “Quien puede lo más puede lo menos”. Si se puede ingresar a un paciente de forma involuntaria para realizarle un tratamiento, privándole de todas sus libertades, también se podría limitar únicamente una libertad, la de someterse o no a un tratamiento.	La judicialización del tratamiento puede acabar inhibiendo a los profesionales sanitarios de su responsabilidad.
Una característica de las enfermedades mentales graves es la anosognosia, la ausencia de conciencia de enfermedad que es producto de la propia enfermedad y que hace que la decisión de no tomar el tratamiento no sea libre y voluntaria sino un síntoma más de la enfermedad.	Si hubiera recursos suficientes para la atención psiquiátrica el TAI no tendría razón de ser.
Las enfermedades mentales son crónicas y las interrupciones del tratamiento son una de las causas de recaídas. Los abandonos repetidos de tratamiento originan el fenómeno de “puerta giratoria” que hace que los pacientes sufran repetidos ingresos involuntarios por descompensaciones de una misma enfermedad.	Existe el riesgo de que se produzca una generalización de la medida.
No es una medida discriminatoria ya que, la enfermedad mental produce diferencias en la conciencia de enfermedad y en la capacidad de asumir determinadas responsabilidades que quedan reflejadas en el Código Civil y Penal, sin que suponga discriminación.	Infringe el principio del consentimiento informado.

---

“*conditional release*”; TAI como alternativa al internamiento: contemplado en Israel o diversos estados de los EE. UU. como Alaska, se basa en ofrecer el tratamiento menos restrictivo posible siguiendo las recomendaciones de la OMS; TAI como permisos de ensayo: regulado en Francia y en España durante la II República. En estos momentos práctica generalizada en las unidades de hospitalización; TAI como tratamiento preventivo: es la forma más pura de TAI, como ejemplos destacar la Ley Kendra del Estado de Nueva York o la Ley Laura del Estado de California”. GÍAS GIL, B., “Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética”, *Revista de Bioética y Derecho*, n° 29, septiembre 2013, página 113 ([https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872013000300012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872013000300012) última consulta 08/10/2024).

Pros	Contras
No se ha observado que el TAI tenga un efecto negativo sobre la alianza terapéutica.	Sólo puede aplicarse con tratamiento farmacológico en general inyectable lo que supone más violencia para el paciente.
El Convenio de Oviedo de Bioética y la Ley de Autonomía del paciente contemplan excepciones a la aplicación del consentimiento informado.	Pone más énfasis en el control del paciente que en la asistencia a sus problemas, desvalorizando las razones del paciente para no tomar el tratamiento.

Fuente: GÍAS GIL<sup>100</sup>

Dado lo expuesto sobre el TAI, destinado precisamente para un perfil de enfermo con alta probabilidad de violencia, parece necesario, y así se sugiere en este trabajo, explorar esta opción pre-delictual para avanzar en la prevención sin privar de libertad ni esperar a situaciones dramáticas y/o a la imposición de una medida post-delictual.

Por último, se plantea otra posible solución, evidentemente no exenta de coste por la labor de vigilancia, concienciación y asistencia, que es la involucración del propio enfermo en sus decisiones a través de la toma de decisiones compartidas, como indica RAMOS POZÓN<sup>101</sup>, de forma que se tendrá en cuenta no solo el deseo o la voluntad actual del paciente, sino también un deseo “a futuro”, emitiendo dicho enfermo un consentimiento similar al que se formula en el llamado “testamento vital”, pero no ante situaciones predecesoras a la muerte, sino previo a la propia incapacidad que provoca un brote de su enfermedad, y que podría ser otorgado ante fedatario público pero también, debidamente regulado, mediante registro en instituciones sanitarias, tal y como se efectúa en el caso de otros documentos como pueden ser el consentimiento informado pre-quirúrgico o el plan de atención al parto; De esta manera, considero que el paciente podrá prever no solo qué es deseable y, quizá, más conveniente para él en periodos “basales” de la enfermedad, sino también cuál sería su intención en momentos agudos o críticos. Según RAMOS POZÓN y ROMÁN MAESTRE, dicho documento “contempla la posibilidad de que el otorgante designe un representante para que haga de interlocutor válido con el equipo médico y así velar por el cumplimiento de las instrucciones previas y respetar su autonomía” y que “el conocimiento de sus deseos y preferencias puede evitar malentendidos o disputas sobre qué decisiones médicas llevar a cabo”, sugiriendo a tal efecto que sería recomendable que no fuese miembro de la familia ni del equipo médico, pero sí un representante sanitario que, aunque posteriormente fuese excluido de las tomas de decisiones como facultativo, conociese

---

100 GÍAS GIL, B., “Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética”, op. cit. páginas 116-117.

101 La toma de decisiones compartidas ha demostrado tener un efecto positivo en el curso de la enfermedad y estaría basada no solo en “deseos” del paciente sino también en la opinión profesional. RAMOS POZÓN, S., “La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas”, *Dilemata*, n° 10, año 4, 2012, página 268. En el mismo sentido, partiendo de los principios éticos de “autonomía, beneficencia, no-maleficencia, dignidad, inviolabilidad y justicia”, RAMOS POZÓN, S., “Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia”, *Revista de Bioética y Derecho*, n° 33, enero 2015, página 70.

al paciente y a su enfermedad para plantear una visión más precisa de la situación personal y médica del enfermo<sup>102</sup>.

A través de esta medida los citados autores indican que se busca que el paciente exprese qué desearía en situaciones de incapacidad por la enfermedad, tales como elección de tratamiento o preferencias de hospitalización<sup>103</sup>, de manera que se proteja al paciente y a otras personas y se evite la búsqueda del consentimiento en momentos de crisis en los que no podrá expresarlo, de modo que podría estar abocado a la aplicación involuntaria de tratamientos que podrían ser más gravosos que los que el paciente habría consentido y necesitaría, tales como el esposado o la contención mecánica. No obstante, esta medida no está exenta de problemas, puesto que algunos pacientes presentarán escasa o nula conciencia de enfermedad (que no verían necesario, por tanto, consensuar el documento), o dificultad de procesamiento y atención, pero los beneficios pueden ser notables para el enfermo y la sociedad, por lo que se insiste por esta autora en su instauración, puesto que el reto económico y dotacional que dicha medida presenta, por necesitar atención muy cuidada, continuada y cualificada de muchos profesionales, puede ser una correcta forma de apostar por conjugar la dignidad y la autonomía del paciente con el control y la prevención de conductas antisociales y peligrosas para sí mismo y para terceros.

## 5. CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave caracterizada por síntomas como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, y comportamientos motores anormales, con alta incidencia y prevalencia mundial. Esta condición afecta la capacidad de la persona para pensar claramente, manejar las emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás, uniendo además a esto la falta de conciencia de enfermedad (anosognosia) y la interrupción del tratamiento, que agravarán la situación aumentando el riesgo de recaídas y comportamientos violentos. La comorbilidad de esta enfermedad con otros trastornos (ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros) y sobre todo con el consumo de drogas puede disparar las situaciones de crisis psicóticas y complicar la patología.

Aunque la esquizofrenia, particularmente en su forma paranoide, podría estar asociada con un riesgo incrementado de conducta violenta, esta correlación no ha sido verificada de forma unánime en la literatura científica especializada, y dicho riesgo, discreto, principalmente se incrementaría en los citados casos de comorbi-

---

102 RAMOS POZÓN, S., ROMÁN MAESTRE, B., “Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), 2014, página 23.

103 Plantean los autores que el paciente no solo pueda elegir fármaco antipsicótico, sino la hospitalización, el rechazo a esta, pero con una permanencia vigilada en su domicilio, recibir visitas domiciliarias del profesional médico para supervisión del tratamiento, que les visite o que no les visite determinada persona (importante de cara a la reducción de estresores) ... etc. RAMOS POZÓN, S., ROMÁN MAESTRE, B., “Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía”, op. cit. páginas 26-27.

lidad con consumo de drogas y, en mayor medida, con la presencia de otros trastornos o patologías mentales graves distintos de aquella, tales como el trastorno antisocial de la personalidad. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia no son agresivos y son más frecuentemente víctimas de violencia que perpetradores, si bien es esencial un control efectivo de la enfermedad a través de la concienciación y del seguimiento terapéutico, psicosocial e integrador del individuo en la sociedad, controlando la toma adecuada de medicación o tratamiento, rebajando los estresores del enfermo y actuando en su entorno más próximo. Para ello, es importante luchar contra el estigma que hoy en día se asocia a la esquizofrenia, estigma que, exacerbado por los medios de comunicación, no solo no resulta totalmente cierto sino que, además, lleva a la victimización y discriminación de los pacientes, impactando negativamente en la calidad de vida de los enfermos y fomentando una evolución tórpida de la patología.

La posibilidad de implementar medidas para los casos en que estos sujetos cometan conductas antisociales se encuentra muy limitada legalmente, puesto que leyes como la 8/2021 y la 41/2002 fomentarán la autonomía y la dignidad del paciente, y sobre todo porque las medidas que se adopten deberán cumplir el mandato constitucional y del Código Penal y, por lo tanto, se podrán imponer únicamente con carácter post-delictual y no basadas, como medidas pre-delictuales, en la peligrosidad del sujeto o incluso en un derecho penal de autor.

Con dichas limitaciones, se requiere la prevención en lugar de la reacción, a través de la implementación de políticas y medidas preventivas, seguramente costosas y de difícil instauración sin voluntad ni medios, que pueden conjugar la voluntad e intereses del paciente y su dignidad, la prevención del riesgo y la seguridad del enfermo y de terceros, y que además han dado muestras de utilidad para lograr una mejor evolución de la enfermedad.

Una de ellas será la mejora en sí de la sintomatología del enfermo y de la interacción de éste con su entorno mediante programas de rehabilitación con videojuegos, que presenta grandes posibilidades a bajo coste y fomenta una intervención sobre el paciente que le dotaría de herramientas a futuro.

La segunda medida a instaurar, que combinaría la prevención pre-delictual y la intervención directa sobre el paciente es la aplicación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), que puede ser eficaz para manejar a pacientes con alta probabilidad de comportamientos violentos, evitando así situaciones de crisis en las que la única solución sea la completa privación de libertad del paciente y en las que incluso se ha podido exponer al individuo y a terceros a graves riesgos para la integridad y la vida.

El complemento de tal medida debe ser también una reforma del artículo 763 de la LEC –oportunidad recientemente desaprovechada por la Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia– y de legislación concordante que permita dicho tratamiento de forma expresa, así como que contemple el internamiento involuntario en situaciones previas a la completa pérdida de la capacidad del enfermo para decidir, de modo que no tenga carácter de *ultima ratio* ante contextos límite y se pueda actuar en las primeras fases de des-

compensación o brote, permitiendo al enfermo, con ayuda de terceros, servirse de ésta y de otras medidas para anticiparse a la conducta enajenada y minorar incluso la duración y la intensidad de las medidas a adoptar en tal internamiento. De esta manera, no se implantará una medida penal pre-delictual como tal por las razones ya expuestas, sino que dará la posibilidad de adoptar medidas no consentidas (o consentidas con una capacidad ya parcialmente mermada) sin tener que acudir al citado artículo únicamente en casos de crisis graves o brotes y cuando ya solo quepa la medida más restrictiva de libertad, esto es, el ingreso en centro psiquiátrico con medios farmacológicos y/o de contención más agresivos para el paciente.

Cabría también fomentar la instauración de la figura del “vigilante-tutor-amigo” como persona profesional externa al paciente que construya una relación de confianza e intermediación con él, de modo que dicho “tutor-amigo” pueda plantear al enfermo ciertas medidas cuando identifique los inicios de un brote o descompensación y, dada la citada confianza, ejerza cierta influencia sobre el paciente que evite o minimice los efectos de tal brote. Esto será un reto si la relación no se construye adecuadamente por falta de medios personales y dotacionales, por falta de contacto con el enfermo o por los propios síntomas de la enfermedad, causantes de recelos, obsesiones y alucinaciones, pero la oportunidad de mejora de los pacientes que plantea esta medida puede justificar su implementación.

Por último, se sugiere implantar, con las reformas civiles necesarias, el llamado “documento de voluntades anticipadas” orientado no al final de la vida sino al curso de la enfermedad, puesto que este, no exento de dificultades para su elaboración, puede aportar tranquilidad al paciente ante la incertidumbre de su tratamiento en momentos de crisis y evitar medidas gravosas e innecesarias si el enfermo, previamente, por escrito y a través de los registros previstos para ello, ha expresado su deseo de ser tratado y de qué forma. De este modo, la propia alianza terapéutica con el paciente y familiares, respaldada por un fuerte apoyo psicosocial a estos últimos y con prevenciones legales como el documento de voluntades anticipadas, podrían cambiar significativamente el curso tórpido de la enfermedad y/o rebajar los estresores y la frecuencia de las crisis que acelerarían su evolución.

Estas medidas requieren, no obstante y como se ha indicado, una fuerte intervención social, jurídica y económica que se traduzca, de manera continuada y con una dotación muy significativa de recursos, en reformas legislativas, programas de apoyo psicosocial, educación familiar y tratamientos médicos y psicológicos cognitivo-conductuales que sirvan para reducir recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, prevenir la comisión de delitos a consecuencia de la enfermedad y fortalecer la seguridad e integridad de los propios enfermos y de la sociedad en la que se integran.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

ARBACH, K y PUEYO, A.A., “Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20/ Violence Risk Assessment in Mental Disorders with the HCR-20”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28(3), 2007.

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5<sup>o</sup> Edición, Editorial Médica Panamericana, 2018.
- DE AGUILAR GUALDA, S. *Estudio jurisprudencial de los trastornos neuróticos y del control de los impulsos*. Bosch Penal. Barcelona, 1<sup>a</sup> ed, 2017.
- DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA. *Guía de provisión de apoyos a las personas con discapacidad para el ejercicio de la capacidad jurídica*.
- DUMAIS, A., POTVIN, S., JOYAL, C. et al, “Esquizofrenia y violencia grave. Un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias” *Psiquiatría biológica: publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Vol. 19, n° 3, 2012.
- ESBEC RODRÍGUEZ, E. “Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia) en psicología forense. Aproximación conceptual e histórica.”, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, n° 2, 2003
- ESBEC, E. y ECHEBURÚA, E. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (5), 2010.
- ESBEC, E., y ECHEBURÚA, E., “Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense”, *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 2016.
- ESPEJEL JORQUERA, C., “El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C.”, *Psicopatología clínica, Legal y Forense*, Vol. 4, 2004.
- FAZEL, S., GULATI, G., LINSELL, L., GEDDES, J.R., GRANN, M. “Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis”. *PLoS Med* 6(8), 2009: e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- FULLAM, R. y DOLAN, M. “The criminal and personality profile of patients with schizophrenia and comorbid psychopathic traits.” *Personality and Individual Differences*, 40(8)1, 2006. 1591–1602. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.01.003>
- GARCÍA ANDRADE, J.A. *Psiquiatría criminal y forense*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1<sup>a</sup> ed., 1993.
- GARCÍA MAGÁN, A., SIURANA LÓPEZ, S., MORENO PALACIOS, P., “Los videojuegos en la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia”, *Trabajo social y salud*, n° 77, 2013
- GÍAS GIL, B., “Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética”, *Revista de Bioética y Derecho*, n° 29, septiembre 2013.
- GONZÁLEZ HIDALGO, M., JIMÉNEZ SUÁREZ, O., MOURIÑO, C. y TUR, N., “La esquizofrenia en atención primaria. Identificación y tratamiento”, *Revista SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)*, 26, 2000.
- GONZÁLEZ PABLOS, E., “Comorbilidad en la esquizofrenia”, *Informaciones psiquiátricas*, n° 197, tercer trimestre 2009.
- GONZÁLEZ PABLOS, E. y MARTÍN LORENZO, C., “Estigma y Esquizofrenia”, *Informaciones psiquiátricas*, n° 243, 2021.
- GONZÁLEZ PARRA, S., MOLINA, J.D., HUERTAS, D. et. al, “Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos”. *Archivos de Psiquiatría*, n° 2-4, Vol. 71, 2008



- HEREDIA MARTÍNEZ, F., “Esquizofrenia y riesgo de homicidio. Una perspectiva europea”, *La Ley digital*, 110, 2014.
- HERLYN, S. *Tratamiento de la esquizofrenia*. Facultad de psicología de Universidad de Buenos Aires.
- HERNÁNDEZ MONSALVE, M., “Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea”, en *Documentación Social*, 161, abril-junio 2011.
- INGLOTT DOMÍNGUEZ, R., TOURIÑO GONZÁLEZ, R., BAENA RUIZ, E., FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J., “Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n° 92, Madrid, oct./dic. 2004
- LAVERDE-SUDUPE, N., GIRALDO- SERNA, A.L. y BECERRA, L.V. “Mecanismos moleculares de la esquizofrenia.”, *Revista de la Escuela de Ciencias de la salud de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medicina UPB)*, 42 (2), 2023.
- LÓPEZ, M., LAVIANA, M., FERNÁNDEZ, L. et. al. “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 28, n° 1, 2008.
- LÓPEZ MARTÍNEZ, M.P., *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Facultad de Derecho, 2015.
- MAGRO SERVET, V., “20 Criterios ante la libertad de personas en centro psiquiátrico por apreciarse enfermedad mental con riesgo de reincidencia”, *Diario La Ley*, n° 10585, 10 de octubre de 2024.
- MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, C. y FUENTE DÍEZ, E., “Esquizofrenia y conducta agresiva”. *Revista médico jurídica*, Número II, 30 septiembre 2020.
- MORILLAS CUEVA, L. *Sistema de Derecho Penal. Parte general*. Madrid, Dykinson, 1ª reimpresión, 2021.
- ORTS BERENGUER, E. y GONZÁLEZ CUSSAC, J.L., *Compendio de Derecho Penal. Parte General*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 10ª ed., 2023.
- PÉREZ ARIAS, J., “Aseguramiento penal en sujetos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”, en *La responsabilidad penal de las personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. (Coord. Morillas Fernández, D.L.), Madrid, Dykinson, 1ª ed., 2019.
- POZUECO, J. M., MORENO, J. M., GARCÍA, M. E. y BLÁZQUEZ, M., “Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos” *Revista Criminalidad*, 57 (2).
- PUEYO, A. A. y REDONDO ILLESCAS, S., “Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia”, *Papeles del psicólogo*, vol. 28 (3), 2007.
- RAMOS POZÓN, S., La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas”, en *Dilemata*, año 4, n° 10, 2012.
- RAMOS POZÓN, S., “Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia”, *Revista de Bioética y Derecho*, n° 33, enero 2015.

- RAMOS POZÓN, S., ROMÁN MAESTRE, B., “Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), 2014.
- RODRÍGUEZ, A., y BRAVO, M.F., “La atención integral en la comunidad a las personas con Trastorno Mental Grave” en *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. (Coord. Gisbert Aguilar, C.), Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003.
- ROLDÁN BARBERO, H. “¿A dónde van los enfermos mentales que cometen delitos?”, *Revista Electrónica de estudios Penales y de la Seguridad*, 5, 2019.
- ROMERO ÁLVAREZ, J.J. y MOLINA MARTÍN, J.d D., “Esquizofrenia y delincuencia: análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018”, *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, número 2, 2019.
- ROMERO MARTÍNEZ, A. “¿Existe una relación entre la esquizofrenia y la violencia y los homicidios?”, *Ars Medica, Revista de ciencias médicas*, vol. 47, nº 1, 2022.
- RONCERO, C., MATALÍ, J. y YELMO, S., “Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual”, *Trastornos adictivos*, 8 (1), 2006.
- RUND, B.R., “A review of factors associated with severe violence in schizophrenia”, *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 72, 2018.
- SINGH, J.P., SERPER, M., REINHARTH, J. *et al.*, “Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 37, nº 5, 2011.
- SHORT, T., THOMAS, S., MULLEN, P., OGLOFF, J.R.P., “Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls.” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 128, nº 4, 2013.
- ROSEL VALES, M., “Comorbilidades en la esquizofrenia”, *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz*.
- RUNTE GEIDEL, A., *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Facultad de Medicina, 2005.
- RUIZ IRIONDO, M., SALABERRIA, K., ECHEBURÚA, E. “Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos” *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (1), 2013.
- SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., VAN DORN, R. A., ET AL, “A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia.” *Archives of General Psychiatry*, 63, 2006.
- WALLACE, C., MULLEN, P.E. YBURGESS, P. “Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders.” *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2004.
- WALSH, W., BUCHANAN, A. y FAHY, T., “Violence and schizophrenia: examining the evidence” *The British Journal of Psychiatry*, enero 2018.