

E. Esbec¹
E. Echeburúa²

Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses

¹Médico especialista en Medicina Legal y Forense y en Psiquiatría
Psicólogo y Doctor en Psicología
Médico Forense en los Juzgados de Instrucción de Madrid

²Cibersam
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco

En diversos estudios se ha demostrado que los trastornos de la personalidad (TP) representan un riesgo clínico significativo para las conductas violentas. El objetivo de este artículo es examinar la relación entre los TP y la violencia en función de cuatro dimensiones de personalidad fundamentales: 1) la impulsividad; 2) la falta de regulación emocional; 3) el narcisismo y las amenazas al yo; y 4) el estilo de personalidad paranoide. Dos de estas dimensiones –la impulsividad y la falta de regulación emocional– están implicadas en todos los TP relacionados con la violencia. El narcisismo o las amenazas al yo y el estilo de personalidad paranoide se han asociado empíricamente a la violencia y a los trastornos mentales. Los síntomas de los TP han mostrado ser mejores predictores de la violencia que los TP por sí mismos. De hecho, los síntomas del clúster A o B de los TP, tales como los síntomas paranoides, narcisistas y antisociales, correlacionan de forma significativa con la violencia. Por último, hay tres principios fundamentales sobre la relación entre los TP y la violencia: 1) los TP son habitualmente egosintónicos; 2) los TP muestran comorbilidad con otros trastornos del Eje I o del Eje II; y 3) la violencia y el riesgo de violencia están asociados con frecuencia al abuso de drogas. Se comentan las implicaciones de esta revisión para la investigación futura.

Palabras clave:

Violencia. Trastornos de personalidad. Implicaciones clínicas. Implicaciones forenses.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(5):249-261

Violence and personality disorders: clinical and forensic implications

Several studies have provided strong evidence that personality disorders (PD) represent a significant clinical risk for violence. This review has aimed to examine the

Correspondencia:

Enrique Echeburúa
Universidad del País Vasco
Facultad de Psicología
Avda. de Tolosa, 70
20018 San Sebastián (España)
E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

relationship of greater risk for violence among persons with certain PD in terms of four fundamental personality dimensions: 1) impulse control; 2) affect regulation; 3) threatened egotism or narcissism; and 4) paranoid cognitive personality style. Two of these dimensions –impulse control and affect regulation– are probably substantially affected by virtually all PDs linked to violence. Narcissism or threatened egotism and paranoid cognitive personality style have also been empirically linked to violence and mental disorder. PD symptoms have proven to be even stronger predictors of violence than the PDs per se. In fact, increased symptoms of DSM-IV cluster A or cluster B PD, such as paranoid, narcissistic and antisocial PD symptoms, correlate significantly with violence. Finally, there are three important principles about the relationship between PDs and violence: 1) PDs are rarely egosyntonic; 2) most patients and violent situations that come to clinical attention involve comorbid conditions; and 3) violence and risk of violence are often associated with substance abuse. Implications of this review for further research are discussed.

Key words:

Violence. Personality disorders. Clinical implications. Forensic implications.

INTRODUCCIÓN

La relevancia clínica y jurídico-penal de los trastornos de la personalidad (TP) en las conductas violentas graves es indiscutible. Estas anomalías psicopatológicas pueden afectar a la imputabilidad de los hechos delictivos, constituyen un factor importante en la valoración del riesgo de violencia (peligrosidad criminal), determinan la fenomenología, el curso, el pronóstico y la respuesta al tratamiento de otros trastornos mentales y, por último, condicionan la adaptación al medio penitenciario (e incluso hospitalario), con dificultades añadidas en la rehabilitación y reinserción de estos sujetos.

El común denominador de la violencia asociada a los TP, salvo algunas excepciones como la psicopatía, es la ira. Se trata de una emoción que se expresa con rabia, resentido-

miento o irritabilidad. Los efectos físicos de la ira incluyen un aumento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina. Se puede considerar la ira como parte de la respuesta neurofisiológica ante una amenaza o daño percibido.

La ira puede activarse por diversas circunstancias: a) por la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos o la venganza (trastorno paranoide de la personalidad); b) por la aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide); c) por la intolerancia a la frustración y el enfado intenso por recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista); d) por la necesidad de liberar la tensión utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por el miedo a la pérdida (trastorno límite); e) por el sentimiento de marginación o rechazo por los demás (trastorno evitativo); f) por el sentimiento de tedio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía (trastorno antisocial); g) por la necesidad imperiosa de llamar la atención o integrarse en un grupo (trastornos histriónico y dependiente, respectivamente); y h) por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico).

La ira se expresa con toda intensidad con la descarga adrenérgica de los psicoestimulantes o con la desinhibición provocada por el alcohol u otras drogas. Y en muchos casos intervienen ciertos procesos de aprendizaje (por ejemplo, malos tratos en la infancia, influencia de las nuevas tecnologías y medios de comunicación o modelos educativos inapropiados) y el fracaso personal, sobre todo cuando está ligado a una pobre autoestima y a sentimientos de humillación, vergüenza o impotencia.

La asociación entre los TP, el consumo de drogas y la violencia está muy fundamentada, si bien esta asociación puede tener diversas direcciones: 1) una conducta violenta es un camino habitual para obtener la droga; 2) la violencia (amenazas, golpes, heridas) puede ser una condición general para resolver las disputas entre quienes distribuyen las drogas; 3) el abuso de drogas y la conducta iracunda pueden tener factores causales similares y, por tanto, concurrir en determinados sujetos; y 4) ciertas drogas, como las estimulantes, incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta por sus propiedades farmacodinámicas.

Desde el punto de vista dimensional, los rasgos de la personalidad que más tienden a la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo¹. Por lo que se refiere a la propuesta de los seis dominios contemplados en el borrador del DSM-V, los más implicados con las conductas violentas son la emocionalidad negativa (labilidad emocional y desconfianza), la introversión (afectividad restringida), el antagonismo y la desinhibición; por el contrario, la esquizotipia y la compulsividad tienen mucha menor implicación en este tipo de conductas².

La valoración forense de los TP es difícil, porque no se lleva a cabo una meticulosa evaluación longitudinal y transituacional y porque estas personas, cuando están sometidas a un proceso judicial, muestran una escasa colaboración, cuando no una directa manipulación o fenómenos de simulación-disimulación³. Una correcta evaluación de los TP debe implicar una entrevista semiestructurada completa (por ejemplo, el IPDE); el examen meticuloso de la historia clínica del paciente; el análisis de los autos y antecedentes penales; y el estudio de la historia vital (familia, escuela, trabajo, relaciones de pareja, etc.), apoyándose en informadores externos y en algún test de personalidad (como el MMPI-II, el MCMI-III, el 16PF5, el TCI o el NEO-PI-R).

Respecto al tratamiento, el carácter egosintónico de los TP y la ausencia de insight del paciente sobre sus rasgos inadaptables dificultan el establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado. El problema se agrava cuando estos TP se asocian a otras patologías psiquiátricas (depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas o esquizofrenia), porque van a condicionar un curso tórpido y un mal pronóstico de las mismas, favoreciendo su cronicación. Hay que recordar al respecto que las psicosis constituyen un factor importante de riesgo de violencia, especialmente cuando se asocian a consumo de drogas y a una mala adherencia al tratamiento³.

En síntesis, todos los TP pueden tener relación con conductas violentas, unos con más frecuencia que otros, pero probablemente el grado de varianza que explican es menor del esperado. En el devenir de tales conductas van a influir otros múltiples factores endógenos, exógenos (sociales o situacionales) y, especialmente, de interacción con la víctima.

¿SON VIOLENTAS LAS PERSONAS CON TP? ESTUDIOS DE PREVALENCIA Y VALORACIÓN DEL RIESGO

La prevalencia de los TP en la población forense y penitenciaria es muy elevada, pero varía mucho en los diferentes estudios según el tipo de muestra y, especialmente, en función de los instrumentos de evaluación. Tal importancia sobre el riesgo de violencia se ha concedido a los TP que, por razones de política criminal, el Gobierno Británico en 1983 introdujo el concepto de "trastorno de la personalidad grave y peligroso" (DSPD), aplicado a los pacientes que reunían los siguientes criterios: a) tener una probabilidad alta de cometer un acto delictivo; b) existir una relación posible de causalidad entre el TP y el riesgo de violencia; y c) estar afectado por un TP grave, calificado como tal cuando el sujeto tiene una puntuación superior a 30 en la Escala de Psicopatía (PCL-R), una puntuación de entre 25 y 29 en la PCL-R junto al diagnóstico de un TP del DSM o dos o más diagnósticos de

TP del DSM. La introducción de este "diagnóstico político" ha sido muy criticada, por su carácter científico y por las implicaciones éticas que conlleva.

Respecto a la frecuencia de los TP en la población penitenciaria, según el metaanálisis de Fazel y Danesh⁴, que ofrece unos criterios exigentes de inclusión y abarca una muestra global de 10.797 varones y 3.049 mujeres, la tasa de prevalencia de los TP en los varones es del 65%, especialmente del trastorno antisocial (47%), y en las mujeres del 42%, especialmente del trastorno límite (25%) y del antisocial (21%). A su vez, en población penitenciaria española Álvaro (2007), con el IPDE, encuentra una tasa de prevalencia del 60%, con un predominio del trastorno antisocial (30%), vinculado al abuso de drogas y con el perfil penitenciario de mayor gravedad, del trastorno límite (17%), asociado al consumo de drogas y conductas autoagresivas pero sin un pronóstico de conductas violentas, y del trastorno no especificado (14%).

Por lo que se refiere a muestras específicas, en el estudio de Dunsieath et al. (2004) en EE. UU. con un grupo de 118 agresores sexuales los TP más prevalentes son el antisocial (55,8%), el límite (28,3%), el paranoide (25,7%) y el narcisista (24,8%). A su vez, Fernández-Montalvo y Echeburúa⁵, en España, con una muestra de hombres condenados por violencia grave contra la pareja evaluados con el MCMI-II, encuentran como más prevalentes el trastorno obsesivo-compulsivo (57,8%), el dependiente (34,2%), el paranoide (25%) y el antisocial (19,7%). Sin embargo, esta última categoría (trastorno antisocial) se reduce considerablemente en otro estudio de estos mismos autores⁶ hasta el 12%-15% cuando se utiliza una medida más fina referida a la psicopatía, como la PCL-R.

Otra línea de investigación recurre al análisis descriptivo y estadístico de sentencias judiciales. Así, por ejemplo, González-Guerrero⁷ se centra en las resoluciones de la jurisdicción penal en España, tanto de las Audiencias Provinciales como del Tribunal Supremo, efectuadas entre 1983 y 2007, y concluye que los TP más prevalentes en varones delincuentes son el antisocial (39,14%), el límite (28,18%) y el paranoide (18,66%), mientras que en mujeres predomina el trastorno límite. Lo más interesante de este trabajo son las conclusiones que se derivan sobre las relaciones entre agresor y víctima.

Este tipo de estudios pueden no ser representativos de las personas con conductas violentas al estar integrados por presos o por pacientes ingresados⁸. Frecuentemente se produce una psiquiatrización del comportamiento criminal y los TP pueden confundirse con las simples acentuaciones de rasgos de personalidad como consecuencia del procedimiento penal o de la prisionización. Además, en estas poblaciones acontecen procesos de simulación-exageración que distorsionan los resultados. Y desde una perspectiva metodológica, los estudios transversales, y especialmente los efectuados con test u otros autoinformes, impiden abordar de forma

fiable dos aspectos fundamentales para efectuar un diagnóstico de TP: inicio precoz y omnipresencia transtemporal y transituacional de los rasgos desadaptativos⁹.

Por ello, algunos estudios longitudinales ofrecen resultados más moderados. Así, según el estudio de Coid et al.¹⁰, que efectúan un análisis retrospectivo de cinco años en una población general del Reino Unido mediante una encuesta efectuada a más de 8.000 personas, un 11% de personas con TP informaron de conductas violentas respecto al 7% de la población sin trastorno. Sin embargo, la cifra ascendía al 52% si se asociaba abuso de alcohol u otras drogas. A su vez, según el importante estudio MacArthur para la valoración del riesgo de violencia¹¹, la prevalencia de conductas violentas un año después del alta era mayor en el grupo con TP y abuso/dependencia de drogas (43%) que en el grupo con trastorno mental severo (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) y abuso/dependencia de drogas (31,1%) o en el grupo con solo trastorno mental severo (17,9%).

En cualquier caso, con el modelo actual de categorización del DSM¹² y de la CIE se sobrediagnostican los TP en este tipo de poblaciones. Las actuales categorías diagnósticas de los TP presentan ítems que se solapan entre sí. De este modo, la valoración política permite efectuar un diagnóstico cumpliendo solo algunos de los criterios, por lo que es frecuente encontrar dos, tres y hasta cuatro diagnósticos de TP en el mismo sujeto, por lo que los datos se encuentran sobreestimados. Asimismo la comorbilidad con los trastornos mentales del Eje I es excesivamente elevada². Por eso, cuando se controlan otras variables de comorbilidad, la correlación entre el trastorno antisocial y la conducta violenta, que se incrementa en muchos estudios por la contaminación de múltiples variables, es más baja de lo esperado (0,23 en el estudio de Blackburn¹³).

Cuando se hace una valoración de las conductas violentas, no se debe incurrir en el llamado error fundamental de la atribución, un sesgo que consiste en sobrestimar la influencia disposicional y subestimar la influencia situacional (marco de la situación, interacción con la víctima, motivaciones exógenas diversas, etc.).

En suma, cabe decir que deben efectuarse estudios más rigurosos para conocer verdaderamente la influencia de los TP en la conducta violenta y en la peligrosidad real de estos sujetos. Aunque el diagnóstico de TP es un factor de riesgo de reincidencia en todos los protocolos de valoración del riesgo al uso^{14, 15}, se debe ser consciente de las siguientes realidades: 1) la mayoría de las personas con TP no son violentas ni lo han sido nunca; 2) muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes; 3) ningún TP está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente; y 4) desde un planteamiento dinámico y motivacional, un TP no explica por sí solo la conducta violenta.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE LOS TP Y CONDUCTAS VIOLENTAS

Aunque el grupo de trabajo del DSM-V sobre los TP tiene como proyecto reducir las actuales categorías diagnósticas de 11 a 5, estableciendo una valoración prototípica y llevando a cabo adicionalmente el análisis dimensional de 37 facetas-rasgo y 6 dominios², en este artículo se analiza la vigente taxonomía del DSM-IV-TR, que incluye diez categorías, repartidas en tres clústeres, y una residual (trastorno no especificado).

Los tres clústeres actuales presentan globalmente peculiaridades significativas. Así, los pacientes del grupo A son, en general, menos violentos que los del grupo B, pero la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social de los sujetos de este grupo están relacionados con los tipos de violencia más grave.

El grupo B es, sin duda, el más relacionado con la conducta delictiva en general y violenta en particular. Además, es el más vinculado al abuso de alcohol/drogas, que es un factor claramente disparador de la violencia.

A su vez, el grupo C es el que menos contribuye a la violencia. Está integrado por personas sumisas, necesitadas de seguridad y que están emparentadas con las personalidades «sobrecontroladas». Los factores "ansioso" y "obsesivo", por lo general, correlacionan negativamente con la ira y con la violencia¹⁶. No obstante, los pacientes del grupo C, detrás de una fachada de aceptación y docilidad, pueden presentar cólera o furia intensa ante el temor al abandono o rechazo. Así, son relativamente frecuentes los actos de violencia grave contra la pareja⁵ y en agresores sexuales^{4, 17}. El consumo de alcohol es el elemento disparador de la violencia en estas personalidades.

Trastorno paranoide de la personalidad (TPP)

Los paranoides han perdido parcialmente contacto con la realidad y atribuyen a los demás actitudes o intenciones hostiles. Estos sujetos son permanentemente desconfiados y suspicaces, hipersensibles a desprecios, con tendencia a atribuir intenciones aviesas, no olvidan un insulto y siempre están listos para la ira y el contraataque¹⁸.

En la población forense es el segundo TP más frecuente en varones y el tercero en mujeres¹⁹. Se trata habitualmente de varones de 40-50 años, procesados por delitos contra las personas, con antecedentes penales en un 40% de los casos y que se muestran violentos contra personas conocidas de las que sospechan o por las que se sienten traicionados⁷.

La dinámica de la conducta violenta del paranoide se caracteriza por los siguientes elementos:

1. Frecuente premeditación y alevosía. Las personas con este TP no improvisan, sino que elaboran su plan con astucia y lucidez y utilizan medios o estrategias que garanticen su objetivo.
2. Componente prodrómico anterior al homicidio. Hay un periodo de latencia desde el primer hecho violento hasta el homicidio. Este aspecto resulta esencial respecto a la prevención del homicidio, especialmente en los casos de violencia machista. El paranoide suele avisar con ataques menores o amenazas, que no deben ser desoídos o minimizados.
3. Circunstancia estresante previa al delito. Se trata, normalmente, de una agresión real o imaginaria a su autoestima.
4. Motivación fundamental mediada por la venganza, el rencor, los sentimientos de humillación, la vergüenza o los celos.
5. Conducta violenta cometida habitualmente de forma solitaria.
6. Justificación de la conducta violenta como ineludible, en cumplimiento de un deber, y, por ello, ausencia de arrepentimiento, sin intentar huir.
7. Tendencia a los litigios y peleas tras provocaciones mínimas (desaires reales o imaginarios).

Las personalidades paranoides cometen agresiones debido a interpretaciones distorsionadas y reacciones exageradas que dan a situaciones cotidianas, especialmente cuando la posible víctima emprende una acción física o verbal que se interpreta como un ataque personal²⁰.

Un importante grado de paranoidismo se ha visto en algunos asesinos en masa o en serie y también en personas que, después de prestar servicios a la sociedad -frecuentemente militares-, se han sentido menospreciadas o poco recompensadas por ésta. Este tipo de personalidad es frecuente también en agresores de pareja y está asociada a una mayor presencia de síntomas traumáticos²¹.

Trastorno esquizoide de la personalidad (TEP)

Las personas con este TP actúan en solitario y pueden cometer conductas violentas contra las personas, así como delitos contra la libertad sexual. Normalmente los esquizoides no son violentos, pero pueden tener graves explosiones de cólera si se les invade su espacio personal o se les molesta. La asociación entre un trastorno paranoide y un trastorno esquizoide de la personalidad puede ser especialmente grave. En el estudio de Stone²² sobre asesinos en serie hasta un 47% cumplían criterios del TEP.

La violencia en las personas con este trastorno es poco probable, pero puede ser extrema. Se trata de una violencia expresiva, que está mediada por las fantasías y la falta de sentimientos hacia las personas. 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. Cuando se trata de un asesinato múltiple, es frecuente el suicidio final.

Trastorno esquizotípico de la personalidad (TEZP)

Se trata de un trastorno escasamente diagnosticado en muestras forenses. Un porcentaje relativamente alto de estos sujetos (25%-44%) son diagnosticados equivocadamente de esquizofrenia²³.

Las personas con esquizotipia carecen de un adecuado nivel de empatía e interpretan de forma distorsionada los mensajes y señales ajenos. Las comunicaciones sociales están teñidas de su idiosincrasia y se pierden en tangencialidades, irrelevancias personales, lenguaje circunstancial y digresiones metafóricas. Por ello, confunden fácilmente fantasía y realidad y tienden a instalarse en una vida irreal y subjetiva, desconectada de la lógica y de los valores habituales. A ello contribuye su interés por los temas mágicos y esotéricos, así como por los fenómenos paranormales y desconocidos. Ello les lleva a ser supersticiosos, a sentir que tienen poderes especiales y a tener una sensación de control sobre los acontecimientos y las personas, bien sea a través de telepatía o de rituales. Del mismo modo, también sospechan de la capacidad de otras personas para influir sobre ellos controlándolos.

Las conductas violentas se ejecutan en solitario, son el resultado de una afectividad inapropiada, carecen de un móvil claro y surgen de una forma impulsiva, sin planificación. La motivación puede ser extravagante, mesiánica o fundamentada en un pensamiento mágico o ilusorio, lo que hace muy difícilmente predecibles este tipo de conductas. Las víctimas son frecuentemente personas conocidas (familiares o cuidadores).

Al surgir la violencia de una forma impulsiva y carecer de una planificación, el agresor es fácilmente identificado.

Trastorno antisocial de la personalidad (TAP)/ Psicopatía

Se trata de un trastorno definido como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Es el TP más relacionado con la delincuencia violenta tan-

to en varones como en algunas muestras en mujeres. No obstante, tiende a sobrediagnosticarse en las poblaciones forenses y penitenciarias¹⁶.

La conducta violenta vinculada a este TP se caracteriza por ser de inicio precoz, estable, versátil (aplicada en contextos distintos) y frecuentemente grupal. Los antecedentes penales y la escalada de la violencia son la norma. En general, se trata de personas que tienen una baja empatía e intolerancia a la frustración, no acatan la autoridad, sienten fascinación por la violencia, necesitan imperiosamente experiencias novedosas y muestran susceptibilidad al aburrimiento.

Por lo que a las víctimas se refiere, éstas suelen ser desconocidas (55%) o con escasa vinculación, como vecinos o simples conocidos (20%), a las que deshumanizan⁷.

El trastorno antisocial de la personalidad resulta poco preciso y constituye una patología heterogénea²⁴ (véase Tabla 1). De hecho, se puede diferenciar un grupo en el que predomina la violencia reactiva o emocional y otro de predominio de violencia proactiva o instrumental. En el subgrupo de delincuencia emocional tienen más peso los ítems conductuales y predomina la violencia contra personas conocidas. Desde el punto de vista del modelo de Cloninger, estas personas se caracterizan por elevada búsqueda de sensaciones, alta evitación del daño y baja dependencia de

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:
1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro,
 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
- B. El sujeto tiene al menos 18 años
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

la recompensa. Han sido niños sensibles e impulsivos y responden con ira ante las frustraciones. En este subgrupo la comorbilidad con los trastornos de ansiedad (oscilante entre un 47% y un 53%) y del estado de ánimo (en torno al 27%) es elevada²⁵⁻²⁷.

En el subgrupo de delincuencia instrumental predominan los items afectivos de engaño y ausencia de remordimientos sobre los conductuales. En este caso es más frecuente la violencia ante desconocidos. En el TCI de Cloninger puntúan alto en búsqueda de sensaciones y bajo en evitación del daño y dependencia de la recompensa. Se trata de personas menos impulsivas, que muestran bajos niveles de ansiedad y niveles altos de psicopatía. La motivación esencial de estos sujetos es el beneficio inmediato, así como el control y dominación de la víctima.

Los sujetos con este TP han sufrido un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o presentan frecuentemente antecedentes disociales en su infancia y adolescencia: se asocian a bandas con una jerga específica, consumen alcohol/drogas desde una edad temprana, frecuentemente intimidan o acosan a otros, suelen iniciar peleas físicas, han usado algún arma, han sido crueles con animales o con personas, han hecho frente y robado a una víctima, han causado fuegos con la intención de provocar un daño serio, frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones, no se han adaptado al medio escolar o han huido del hogar.

Los menores con estos rasgos disociales han fracasado en la escuela, carecen de un desarrollo moral adecuado, no tienen límites, tienden a buscar emociones fuertes, son egocéntricos, carecen de escrúpulos y tienen dificultades para empatizar con los demás. La motivación central es el hedonismo, con una incapacidad para posponer gratificaciones y planificar el futuro (centrados en el aquí y ahora), con dificultades para aprender de la experiencia y poco reactivos ante el castigo. A nivel interpersonal, hay una búsqueda del poder y del control y un escaso desarrollo de las habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

Las familias de estos menores suelen ser multiproblemáticas, frecuentemente desestructuradas o de ambientes marginales. Al margen de la existencia frecuente de malos tratos o de negligencia emocional en el entorno familiar, el estilo educativo suele ser inadecuado (punitivo, permisivo o errático).

Pese a que el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y la psicopatía comparten algunos criterios diagnósticos, ambas entidades miden constructos diferentes^{28, 29}. Precisamente, esta superposición entre las conductas antisociales y las conductas delictivas es una de las limitaciones del DSM-IV-TR y puede dar pie a confundir un trastorno con la delincuencia común. Mientras que el TAP se basa esencial-

mente en las conductas antisociales y delictivas, tiene poco en cuenta los síntomas interpersonales y afectivos propios de los sujetos con psicopatía³⁰.

Los rasgos definitorios de la psicopatía son el narcisismo, la frialdad y la anestesia emocional respecto a los demás, frecuentemente asociados con un nivel alto de inteligencia puesta al servicio de sus intereses, de la manipulación o el fingimiento. Estos sujetos pueden tener un buen nivel de inteligencia verbal, pero muestran alteraciones ejecutivas y, especialmente, una baja inteligencia emocional. Los psicópatas pueden "comprender" los sentimientos de los demás, pero no empatizan con el dolor o sufrimiento ajeno, por lo que actúan como depredadores humanos. La comorbilidad con las parafilias suele conducir a delitos contra la libertad sexual. En la mayoría de los casos el psicópata que está siendo evaluado o interrogado no presenta actividad autonómica y, por tanto, su pulso, tensión arterial y ritmo respiratorio permanecen basales y no presentan signos habituales en situaciones estresantes, tales como inquietud psicomotriz, sequedad de boca o sudoración.

Los criterios que actualmente se utilizan para describir la psicopatía han sido sistematizados por Hare^{31, 32}, basándose en las descripciones previas de Cleckley, y actualmente forman parte de escalas para la evaluación de la psicopatía. Los 20 ítems que componen la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) tratan de cubrir cuatro facetas divididas en dos factores, tal como se muestra en la Tabla 2. Puntuaciones elevadas en esta escala (por encima de 30) han sido consideradas el mejor predictor de conducta violenta y reincidencia^{33, 34}.

El diagnóstico del TAP y de la psicopatía tiene sus pros y sus contras³⁰. Diagnosticar un TAP es fácil, pero su validez es escasa, pues existe una gran tendencia al sobrediagnóstico en entornos judiciales (y a lo contrario en muestras clínicas). Por el contrario, diagnosticar una psicopatía requiere una experiencia considerable, pero su capacidad predictiva respecto a delitos violentos y reincidencia es muy superior.

Las personalidades antisociales se desarrollan más en los ambientes desfavorecidos de la sociedad, en donde las carencias económicas, la falta de cohesión familiar, el fracaso escolar, el nivel intelectual bajo y el aprendizaje social facilitan la adopción temprana de conductas antisociales y la búsqueda de gratificaciones alternativas poco convencionales. Sin embargo, en la psicopatía se han descrito alteraciones neurobiológicas³⁵ que harían que el sujeto fuese propenso a comportarse en un determinado sentido, muchas veces antisocial y violento. Entre otras disfunciones, se han descrito reducciones de hasta el 11% del volumen del lóbulo frontal³⁶ o alteraciones en la amígdala. Algunos estudios experimentales indican que estas disfunciones hacen que la respuesta emocional de los psicópatas sea anormal.

Pese a lo dicho, ni todos los delincuentes y violentos son psicópatas, ni todos los psicópatas son violentos, por lo que

| Tabla 2 | Ítems de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada por factores y facetas (Hare, 2003) | |
|--|--|---|
| FACTOR 1 | Faceta 1 - Interpersonal | 1. Locuacidad / Encanto superficial. 2. Egocentrismo / Sensación grandiosa de autovalía. 4. Mentira patológica. 5. Dirección / Manipulación. |
| | Faceta 2 - Emocional | 6. Falta de remordimiento y culpabilidad. 7. Escasa profundidad de los afectos. 8. Insensibilidad / Falta de empatía. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones. |
| FACTOR 2 | Faceta 3 - Estilo de vida | 3. Necesidad de estimulación / Tendencia al aburrimiento. 9. Estilo de vida parásito. 13. Falta de metas realistas a largo plazo. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad. |
| | Faceta 4 - Antisocial | 10. Falta de control conductual. 12. Problemas de conducta precoces. 18. Delincuencia juvenil. 19. Reovación de la libertad condicional. 20. Versatilidad criminal. |
| ÍTEMS ADICIONALES (NO CARGAN EN NINGÚN FACTOR NI FACETA) | | 11. Conducta sexual promiscua. 17. Varias relaciones maritales breves. |

este diagnóstico solo explica una minoría de los casos³⁷. Por tanto, a la hora de analizar la relación entre un trastorno y la conducta violenta, se deben tener en cuenta otras variables, como puede ser el tipo de agresión. Los psicópatas están mayoritariamente implicados en actos de violencia instrumental -en busca de un objetivo o beneficio concreto-, mientras que los enfermos mentales suelen presentar un tipo de respuesta reactiva -reaccionan de forma violenta frente a un estímulo real o imaginado-.

Los psicópatas presentan una gran falta de resonancia emocional: carecen de afecto, de emociones y de sentimientos. Saben lo que es bueno y lo que es malo, pero no lo sienten; saben lo que hacen, pero no experimentan sentimientos de culpa. Todos estos sujetos presentan una elevada peligrosidad debido a la indiferencia ante las normas, la frialdad afectiva y la incapacidad de aprender. Los delitos en los que están más frecuentemente implicados (en orden decreciente) son: delitos de lesiones, contra la libertad sexual y contra la propiedad. Todo ello tiende a generar una gran alarma social, más aún cuando los estudios indican que sus homicidios son actos instrumentales, es decir, sin un desencadenante concreto³⁸.

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Se trata de un TP cada vez más diagnosticado en muestras forenses con delitos violentos. De hecho, ocupa el segundo lugar en varones (junto con el TPP) y el primero en

algunas muestras de mujeres. En las mujeres violentas es el más común, si bien predomina en ellas la autoagresividad sobre la heteroagresividad.

Lo que lleva estas personas a las conductas violentas es la impulsividad, la pobre identidad, la disregulación emocional y el consumo de drogas. En algunos estudios mediante neuroimagen se ha puesto de manifiesto en estos pacientes las dificultades en interpretar caras neutras, que a menudo malinterpretan como amenazantes. En estos casos la violencia es típicamente reactiva. La emoción fundamental es la ira y la motivación principal es el alivio de la tensión¹⁰.

Dutton²¹, en el ámbito de la violencia contra la pareja, ha analizado en detalle un estilo de personalidad abusiva cuyo eje central es el trastorno límite de la personalidad, al que se ha denominado la Organización de la Personalidad Límite. Ésta se caracteriza por la inestabilidad emocional y el abuso psicológico, el apego inseguro (ansioso y evitativo), el rechazo real o imaginario y los celos, así como por la tendencia al locus de control externo -culpabilizando de todos los males a la pareja-.

Junto con el trastorno antisocial y el evitativo, suele ser frecuente en muestras de agresores sexuales^{39, 40}. Los pacientes con el TLP se caracterizan por miedo al abandono, relaciones intensas e inestables, trastornos de la identidad, inestabilidad emocional e impulsividad, todos ellos factores relacionados de una u otra manera con la agresión sexual.

Las conductas violentas se potencian en el TLP cuando hay una comorbilidad con el abuso de drogas (en un 65% de los casos, sobre todo, con el cannabis, la cocaína, el alcohol y los psicofármacos) y con el TDAH (en un 37% de los casos). Es más, la comorbilidad entre estos tres cuadros clínicos puede darse en el 18% de los casos. La comorbilidad se extiende también a los trastornos del estado de ánimo (depresión y trastorno bipolar).

Particularmente devastadora es la asociación del TLP con el trastorno antisocial, debido a la grave impulsividad potenciada con el abuso de drogas. Este perfil predomina (77%) en mujeres internas en prisiones de alta seguridad, en un 62% de varones ingresados en hospitales penitenciarios y en un 30% de varones en centros de seguridad media⁸.

Respecto a la autolisis, el intento de suicidio en los pacientes diagnosticados con TLP es la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica. De hecho, el riesgo de suicidio constituye con frecuencia la presentación de este cuadro clínico. Las tentativas de suicidio y las conductas parasuicidas, motivadas por problemas amorosos o familiares y con un estado de ánimo deprimido, se dan en mujeres jóvenes (18-25 años) entre el 60% y el 75% de los casos y los suicidios consumados, con un seguimiento de 15-20 años, aparecen, sobre todo en varones de 30-35 años, en un 8%-10% de los casos²³. El método utilizado en los parasuicidios es el uso de fármacos y la mutilación superficial en las muñecas⁴¹.

Trastorno narcisista de la personalidad (TNP)

Junto a los rasgos paranoides, el estilo narcisista incrementa el riesgo de conductas violentas¹. Los narcisistas sienten una necesidad enfermiza de admiración, son arrogantes y exquisitamente sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, pero son incapaces de reconocer los sentimientos ajenos. Para ellos es más importante aparentar que ser. Su soberbia, con un desmedido afán de notoriedad, va pareja muchas veces a su envidia por los éxitos ajenos. Distintas facetas del narcisismo, como el autoritarismo y la explotación de los otros, están fuertemente relacionadas con la agresión.

Si bien el TNP es poco diagnosticado en muestras forenses, la tasa de prevalencia puede alcanzar el 6% e incluso el 25% de varones en población psiquiátrica penitenciaria⁴². Las víctimas de los actos violentos de estos sujetos suelen ser personas conocidas.

Sus reacciones violentas se dan en respuesta a una herida en su ego (narcisistic injury), una respuesta frecuente también en personalidades psicopáticas¹. El narcisismo es un rasgo frecuente en todo tipo de sujetos violentos –en especial antisociales y psicópatas–, que habitualmente antepo-

nen sus deseos a las necesidades y derechos de los demás²². El trastorno de la personalidad narcisista se ha encontrado en distintas muestras de agresores sexuales⁴⁰, hecho que podría estar relacionado con la satisfacción directa de necesidades narcisistas y con la creencia de que el resto de personas son una mera herramienta para lograr sus objetivos. La personalidad narcisista también permite diferenciar entre distintos tipos de agresores de pareja y en ellos está asociada a características paranoides.

Ha habido varios intentos de establecer subgrupos en el TNP^{43, 44}. Se puede hablar de un narcisista maligno, emparantado con el psicópata, caracterizado por el yo grandioso y por la crueldad egosintónica e implicado en conductas de violencia grave; de un narcisista arrogante, caracterizado por fantasías grandiosas y por desprecio a la sociedad a implicado en conductas de abuso sexual; y, finalmente, de un narcisista compensador, que intenta compensar su baja autoestima con la búsqueda de un reconocimiento social por medio del ejercicio de la violencia y de las conductas ilegales, que puede presentar antecedentes de ansiedad y depresión y que puede ser manipulable por personalidades psicopáticas.

Trastorno histriónico de la personalidad (THP)

Lo más característico de las personalidades histriónicas –surgidas a veces en un marco familiar de sobreprotección– es la hipersensibilidad y la tendencia a atribuir a pequeñeces grandes desastres, así como la propensión a la fantasía. De ahí proceden los errores perceptivos, la sobrereactivación emocional, la variabilidad de los estados del humor y la facilidad con que se pueden sentir humilladas⁴⁵.

Las conductas violentas solo son habituales en este trastorno cuando hay una comorbilidad con el trastorno antisocial o con el narcisista. A veces aparece este trastorno en líderes de bandas antisociales que presentan desajustes conductuales de inicio precoz, con un manejo inadecuado del estrés, que pueden tener una cierta capacidad de seducción y que pueden manipular a los miembros de su grupo para implicarse en conductas violentas¹³.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOP)

La violencia en este TP es poco frecuente, pero puede aparecer cuando el sujeto afectado experimenta episodios de descontrol sobre la ira acumulada, normalmente acompañados de consumo abusivo de alcohol. Este trastorno es frecuentemente comórbido con los trastornos del estado de ánimo.

Lo que precipita la violencia en estos casos es la ira que surge ante la intolerancia existente a las críticas, a la

humillación y al fracaso¹⁹. La violencia, ejercida en solitario, suele referirse a víctimas conocidas. Por ello, puede ser frecuente en personas acusadas de acoso o de violencia machista. Así, en el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa⁵ sobre una muestra de varones que han cometido actos graves de violencia contra sus parejas es una categoría frecuente (57,8%), al menos tal como aparece evaluado con el MCMI.

Trastorno dependiente de la personalidad (TDP)

Se trata de personas sumisas, necesitadas constantemente de aprobación y afecto. Pueden sentir angustia e ira intensa ante el abandono real o imaginario, lo que puede conducirles, especialmente, a actos de violencia machista, sobre todo cuando hay un abuso de alcohol.

Las personas dependientes, si son abandonadas, pueden sentir tal grado de desesperanza que pueden cometer suicidio o expresar esa violencia sobre la persona que les rechaza. En otras ocasiones, el fuerte sentimiento de inseguridad y los celos pueden desencadenar estados emocionales de ira que pueden llevarles, en los casos más extremos, al homicidio, a veces seguido de suicidio.

Las personas con este TP pueden ser influenciables por personalidades psicopáticas, dada su gran necesidad de estimación y de integración grupal, y, de este modo, convertirse en cómplices de conductas violentas.

Trastorno de la personalidad ansioso-evitativo (TAEP)

Este tipo de trastorno, junto con el antisocial y el límite, se ve con frecuencia en los delincuentes sexuales^{46, 39, 40}. Estos sujetos tienen un cierto sentimiento de venganza hacia la mujer, ya que se sienten rechazados por no ser capaces de entablar relaciones o por haberse sentido ridiculizados por ellas en el pasado.

Lo que caracteriza a estas personas es la falta de confianza en sí mismas, los sentimientos de inseguridad e inferioridad, el miedo a sufrir cualquier humillación y el temor a mostrarse tal como son, así como la carencia de habilidades sociales. Todo ello lleva a una inhibición social y a mostrarse hipersensibles a cualquier crítica. Cuando se da un patrón evitador con características negativistas (pasivo-agresivas), nos enfrentamos a sujetos con un retraimiento típico pero, al mismo tiempo, con una hostilidad impulsiva y con reacciones más agresivas, que pueden atacar a otras personas al sentir que sus necesidades afectivas no son reconocidas²⁹. Las víctimas suelen ser personas conocidas por las que se sienten rechazados o desconocidas que simbolizan el rechazo real o imaginario.

Junto a la personalidad depresiva y la pasivo-agresiva, se afirma que el estilo evitativo es de los más frecuentes en muestras penitenciarias con un trastorno mental⁴⁷.

Trastornos de la personalidad no especificados (TPNOS): el trastorno sádico de la personalidad

El TP no especificado constituye una categoría residual que se aplica en dos situaciones; por un lado, cuando el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general de un TP, existen rasgos de varias clases de TP, pero no se cumplen los criterios para un subtipo específico; y por otro lado, cuando el sujeto cumple el criterio general de un trastorno de personalidad, pero su sintomatología no se acoge a ninguna de la existente en los subtipos (por ejemplo, el trastorno sádico de la personalidad).

La psicopatía es especialmente peligrosa cuando va acompañada de una parafilia. Es lo que ocurre en el trastorno sádico de la personalidad. En los psicópatas sádicos se produce una compatibilidad de las respuestas agresivas y sexuales, que en las personas normales son mutuamente inhibitorias^{40, 48}. Esto provoca que el agresor logre la excitación sexual a través del sufrimiento infligido a la víctima. En el caso de una violación seguida de asesinato, la desfiguración de la cara del cadáver o incluso el descuartizamiento del mismo pueden tener por objetivo retrasar o imposibilitar la identificación de la víctima, ser consecuencia de la resistencia de la víctima o bien ser reflejo de un ensañamiento con la víctima, como acto de venganza por antiguos rencores, o de una actitud sádica, incluso con un carácter ritual⁴⁹. Las características más notables de los psicópatas sádicos son las siguientes: rasgos antisociales y de impulsividad, aislamiento social, fantasías sexuales violentas repetitivas, fascinación por la literatura violenta y pornográfica, consumo de drogas, interés por los temas de genocidio/nazismo, coleccionismo de cuchillos, armas, etc. En estos casos llevan a cabo sus conductas como un juego, con la emoción de la caza⁵⁰.

Los psicópatas sádicos cometen sus conductas violentas de una forma meticulosamente organizada y se muestran con una personalidad y un estilo de vida aparentes que les hace pasar inadvertidos. Frecuentemente estos sujetos presentan multiparafilias u otros trastornos codificados en el Eje I y han experimentado una infancia violenta. Una descripción de este perfil, recogida de Brittain (modificada por Esbec³), figura en la Tabla 3.

Las investigaciones efectuadas hasta la fecha en relación al trastorno sádico de la personalidad son relativamente escasas, adoleciendo en general de cierta debilidad metodológica, derivada de la utilización de muestras muy pequeñas en población forense. Además, el hecho de tratarse de un TP no oficial (se planteó en el DSM-III-R, pero desapareció en la CIE-10 y en el DSM-IV, probablemente por cuestiones de

| Tabla 3 | Perfil sádico |
|--|---------------|
| <p>Varón de menos de 35 años. Hay casos excepcionales de mujeres. Introvertido y distante. Tiene pocos amigos. Solitario: va al cine solo, lee, oye música. Tímido aunque pedante. Pocas relaciones hetero-sexuales. Frecuentemente es soltero. Tiene un cuarto o cobertizo privado en donde se encierra durante horas.</p> <p>Pseudo-intelectual. Es calificado de raro o extravagante. Gran fantasía y fluencia de ideas. Imagina escenas que luego interpreta a la perfección. Fascinación por las armas, lecturas violentas, comics.</p> <p>Educado, buenos modales, encantador. Refinado. Pacífico en general, no devuelve la violencia.</p> <p>Ordenado, obsesivo incluso en la escena del crimen. Rara vez bebe o fuma en exceso.</p> <p>Egocéntrico, narcisista, aprensivo o hipocondríaco.</p> <p>Le gusta humillar en presencia de otros; castigar con dureza a un subordinado; disfrutar y divertirse con sufrimiento físico o psicológico; mentir con el fin de causar daño; atemorizar para dominar; restringir la autonomía de los demás.</p> <p>Delinque tras alguna agresión a su auto-estima. Crimen planificado, frío, se excita mucho, mucha fuerza. Después sigue un gran alivio. La observación del sufrimiento le excita más. Es un criminal organizado que deja pocos indicios.</p> <p>Sin complejo de culpa. Gusta leer las noticias sobre sus crímenes. Suele coleccionar trofeos de sus víctimas. Imperturbable ante los tribunales.</p> | |

política criminal), ha podido ocasionar la adscripción de un elevado número de sujetos a otros grupos de trastornos. En este sentido cabe advertir que el trastorno sádico de la personalidad se asocia significativamente con el trastorno compulsivo, así como con los trastornos narcisista y antisocial.

INCIDENCIA DE LOS TP EN LA IMPUTABILIDAD EN EL ÁMBITO FORENSE

Las personas inimputables no pueden responder penalmente de sus conductas violentas porque actúan o, mejor dicho, han actuado sin libertad. La enfermedad mental puede suponer una patología de la libertad, que impide al enfermo adquirir la plena dimensión de un ser inteligente e intencional. En estas condiciones el sujeto no puede regular su conducta desde una adecuada y objetiva percepción de sí mismo y de su entorno, ni desde una capacidad de auto-determinación que le permita comportarse según decisiones previstas y elegidas conscientemente desde una estructura cognitiva y emocional normal. Sin embargo, toda persona que comete hechos anormales desde el punto de vista moral no es necesariamente anormal (enfermo mental) desde un punto de vista psicológico y médico.

Los simples rasgos de personalidad (impulsividad, egocentrismo, pobre tolerancia a la frustración, sensibilidad al

rechazo, rasgos paranoides, etc.) no afectan a la condición de imputable. En el caso de los TP, aunque mantengan íntegras las facultades cognitivas y volitivas, los sujetos afectados pueden no ponerlas en juego de forma efectiva por la impulsividad y la inestabilidad emocional (trastorno límite), por la falta de empatía y dificultad grave para adaptarse a las normas (trastorno antisocial), por errores atribucionales severos (trastorno paranoide) o por dependencia absoluta (trastorno dependiente).

En cuanto a la psicopatía, solo en cierto modo puede ser considerada como una enfermedad mental. El psicótico es un enfermo mientras que el psicópata es una personalidad desviada. Incluso así, considerándola como enfermedad mental, no es obligado afirmar su relevancia en orden a la inimputabilidad. A la psicopatía se le puede aplicar, en algunos casos, la atenuante analógica o la eximente incompleta (art. 21.1). La psicopatía solo se tendrá en cuenta, a efectos de la eximente completa o incompleta, en aquellos casos en que coexista con una enfermedad mental (esquizofrenia, alcoholismo, parafilia, etc.). Asimismo la imputabilidad es más restringida cuando la psicopatía está complicada con la toxicomanía (STS de 4 de mayo de 2000) o con la deficiencia mental o cuando entraña una inadaptación grave a la vida cotidiana.

A efectos de imputabilidad, el Tribunal Supremo (TS) ha mantenido una actitud cambiante con el tiempo. Durante la década de los 80, enmarcados los TP bajo la denominación genérica de "psicopatías" o "personalidades psicopáticas", la tendencia general era a considerarlas como simples alteraciones caracteriales que no incidían en la imputabilidad (STS de 2 de noviembre de 1983). Sin embargo, en la década de los 90 el TS, haciéndose eco de la doctrina psiquiátrica y de la inclusión de estas patologías en la CIE-10 y en el DSM-III-R, valora a la psicopatía, no sin controversias, como una atenuante analógica (por ejemplo, STS de 23 de noviembre de 1997) o incluso como una eximente incompleta, siempre que exista una relación de causalidad entre este TP y el delito violento cometido (STS de 23 de enero de 1993).

Más allá de la psicopatía, la jurisprudencia más reciente (STS de 11 de marzo de 2010; STS 8 de abril de 2010; STS 23 de abril de 2010) viene a señalar la complejidad y dificultad de establecer una doctrina general sobre la incidencia de los TP en la capacidad de culpabilidad, e insiste en que debe estudiarse caso por caso. Como regla general, el TS entiende que los TP se valoran penalmente como atenuante analógica, que los simples rasgos desadaptativos de personalidad no inciden en la imputabilidad y que la eximente incompleta es excepcional y queda reservada para casos muy graves o asociados a toxicomanías u otros trastornos mentales: un trastorno de personalidad, por sí mismo, no es fundamento suficiente para estimar una eximente incompleta (STS de 23 de abril de 2010).

En cuanto a TP concretos, el trastorno límite (TLP), en la medida en que estos pacientes tienen un amplio historial psiquiátrico, muestran un nivel de sufrimiento emocional que les lleva incluso a desear la muerte y sufren de otros trastornos comórbidos, es el TP que más posibilidades tiene de ser tenido en cuenta como medida atenuatoria por los Tribunales. Asimismo, cuando se acredita la existencia de un trastorno paranoide de la personalidad, la tendencia es hacia la atenuante muy cualificada (SAP de Madrid, 12 de marzo de 2010). Sin embargo, ni el trastorno antisocial ni los trastornos de personalidad no especificados, aun siendo tan graves o más que una categoría concreta, no suelen suponer una merma de la imputabilidad⁵¹.

Muchas personas con TP están implicadas en episodios de violencia machista. Las motivaciones pueden ser distintas: la intolerancia a la frustración y el enfado del abandono en los TP antisocial y narcisista; o el sufrimiento emocional profundo a raíz del abandono en los TP límite, dependiente u obsesivo. Sin embargo, a nivel jurisprudencial, los trastornos de la personalidad y los estados de ánimo derivados de un desengaño amoroso, considerados en sí mismos, no tienen entidad suficiente como para erigirse en una eximente incompleta que permita reducir de manera notable la pena prevista.

Por último, los avances en la etiología biopsicopatológica de los TP, a nivel genético, de los neurotransmisores y de las áreas cerebrales^{52, 53}, pueden tener consecuencias jurídico-penales muy importantes en el futuro. No cabe duda de que la demostración de una cierta incapacidad para actuar de otra forma tiene que repercutir en el nivel de reproche penal.

CONCLUSIONES

Solo una pequeña parte de la violencia es obra de 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. La percepción social de la violencia no es, sin embargo, así⁵⁴.

Los estudios sobre la posible relación entre la enfermedad mental y la conducta violenta son controvertidos. Muchos de los factores más asociados con la conducta violenta en enfermos mentales –como la psicopatía, la conducta antisocial, el abuso/dependencia de drogas o la ira– son predictores de violencia significativos entre sujetos sin trastornos mentales, por lo que el efecto independiente de la enfermedad mental sobre la violencia no queda claro⁵⁵. La divergencia entre estudios puede deberse al uso de distintos criterios diagnósticos, distintas definiciones de violencia, el uso de muestras de estudio heterogéneas y la frecuente existencia de comorbilidad psiquiátrica⁵⁶.

Los principales factores predictores de comportamientos violentos entre los enfermos mentales son los siguientes: a) historia previa de agresiones; b) negación de la enfermedad y consiguiente rechazo del tratamiento; c) abuso de alcohol o drogas y su comorbilidad con trastornos de la personalidad; d) rasgos psicopáticos; e) aislamiento familiar y social y estresores ambientales; y f) trastornos del pensamiento, especialmente ideas delirantes de persecución o alucinaciones que implican órdenes de actuar de forma violenta. El consumo de drogas, junto con los trastornos de personalidad y las parafilias, constituyen un cóctel explosivo^{57, 58}.

Sin embargo, se puede reincorporar a la sociedad a los psicóticos que cometen conductas violentas, una vez sean medicados y asistidos, puesto que inmediatamente dejan de ser peligrosos. En estos casos la enfermedad está compensada o estabilizada. No ocurre así con los psicópatas ni con los parafilicos⁵⁹.

Por lo que se refiere a los TP, hay seis tipos de trastornos de personalidad implicados especialmente en las conductas violentas: el antisocial, el límite, el paranoico, el narcisista y, en menor medida, el dependiente y el ansioso-evitativo. A veces, puede haber un trastorno de personalidad de tipo mixto, con rasgos antisociales, histriónicos y paranoides. Ahora bien, los TP tienen valor también en función de los distintos tipos de violencia: la instrumental (propia de psicópatas y sujetos antisociales), la impulsiva (propia de sujetos bipolares y límites) y la psicótica (propia de sujetos delirantes y paranoides). En cualquier caso, resulta de mayor interés valorar síntomas activos y rasgos dimensionales en vez de diagnósticos categoriales de trastornos concretos. Asimismo algunos rasgos de personalidad, como la impulsividad, la irritabilidad, la intolerancia a la frustración, el narcisismo y el paranoidismo, pueden ser de mayor interés que un trastorno de la personalidad concreto⁵⁶.

Por último, según Zimbardo⁶⁰, en la explicación de sucesos sorprendentemente "anormales" por su crueldad no podemos centrarnos exclusivamente en factores disposicionales, creyendo que tras estas conductas se encuentran personas trastornadas, distintas a la mayoría y con alguna característica que los hace actuar así. Lo más relevante, y así lo demuestran años de investigación en psicología, son las variables situacionales, que hacen que en determinados contextos, cuando concurren factores oportunos, las personas actúen en un sentido en que nunca hubiéramos imaginado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nestor P. Mental disorders and violence. *Am J Psychiatry* 2002;159:1973-8.
2. Esbec E, Echeburúa, E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Act Esp Psiquiatr* 2010; En prensa.
3. Esbec E. Violencia y trastorno mental. En *Psiquiatría criminal*

- y comportamientos violentos. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial 2006;VIII:57-154.
4. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545-50.
 5. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema* 2008;20:193-8.
 6. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Male batterers with and without psychopathy: An exploratory study in Spanish prisons. *Intern J Offend Ther Compar Criminol* 2007;51:254-63.
 7. González-Guerrero L. Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con TP: motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. *Psicopat Clin Leg Foren* 2007;7:19-39.
 8. Duggan, C, Howard, RC. The 'functional link' between personality disorder and violence: A critical appraisal. In M McMurran, RC Howard (Eds.), *Personality, personality disorder and violence*. Chichester: Wiley, 2009; p.19-38.
 9. Echeburúa, E, Corral, P. Conductas violentas y trastornos de personalidad. En V Rubio, JA Pérez Urdániz (Eds.), *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier, 2003; p. 215-22.
 10. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and psychiatric morbidity in a national household population -a report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol* 2006;164:1199-208.
 11. Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Roth LH, Banks S. *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorders and violence*. Toronto: Oxford Press, 2001.
 12. American Psychiatric Association. *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
 13. Blackburn R. Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the psychopathy checklist-revised. *J Pers Disord* 2007;21:142-59.
 14. Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 2010;22:403-9.
 15. Esbec E, Fernández-Sastrón O. Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia) en psicología forense: Instrumentos de evaluación y perspectivas. *Psicopat Clin Leg Foren* 2003;3:65-90.
 16. Howard RC, Huband N, Duggan C, Mannion A. Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *J Pers Disord* 2008;22:589-603.
 17. Dunsieath NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clinical Psychiatry* 2004; 65: 293-300.
 18. Novaco RW. Anger and psychopathology. In M Potegal, G Stemmler, C Spielberger (Eds.), *International handbook of anger. Constituent and concomitant biological, psychological, and social processes*. New York: Springer, 2010; p. 465-97.
 19. Coid, J. Correctional Populations: Criminal Careers and Recidivism. In JM Oldham, AE Skodol, DS Bender (Eds.) *Textbook of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005; 579-606.
 20. Rigonatti, SP, Serafim, AP, Caires, MA, Guerra, AH, Arboleda-Florez J. Personality disorders in rapists and murderers from a maximum security prison in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006;29:361-9.
 21. Dutton DG. *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships (2ªed.)*. New York: Guilford Press, 2007.
 22. Stone MH. Violence. In: JM Oldham, AE Skodol, DS Bender (Eds.), *Textbook of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005: 477-92.
 23. Girolamo G, Reich, JH. *TP y de la conducta*. Madrid: Méditor, 1996.
 24. De Brito SA, Hodgins,S. (2009). Antisocial personality disorder. In M McMurran, R Howard (Eds.), *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach*. Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell Publishing, 2009; p. 133-53.
 25. Goodwin RD, Hamilton SP. Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Res* 2003;117:159-66.
 26. Sareen J, Stein MB, Cox BJ, Hassard ST. Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior: findings from two large community surveys. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:178-86.
 27. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553-64.
 28. Lykken, DT. *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder, 1995.
 29. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson, 2006.
 30. Torrubia R y Cuquerella A. Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal* 2008;34:25-35.
 31. Hare, RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems, 1991.
 32. Hare, RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2ª ed.)*. Toronto: Multi-Health Systems, 2003.
 33. Hilton NZ, Harris GT, Rice, ME, Houghton, RE, Eke, AW. An indepth actuarial assessment for wife assault recidivism: The domestic violence risk appraisal guide. *Law and Human Behavior* 2008;32:150-63.
 34. Skeem JL, Mulvey, EP. Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69:358-74.
 35. Blair J, Mitchell D, Blair K. (2005). *The psychopath: Emotion and the brain*. Malden, MA: Blackwell, 2005.
 36. Raine A, Lencz T, Bihrlé,S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal grey matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 2000;57:119-27.
 37. Englander EK . *Understanding Violence (2ª ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.
 38. Woodworth M, Porter S. In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111:436-45.
 39. Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry* 2004;19:123-30.
 40. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior* 2007;12:16-35.
 41. Espinosa J, Blum B, Romero M. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment (online)* 2009;32:317-25.
 42. Logan C. Narcissism. In M McMurran, R. Howard (Eds.), *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach*, Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell Publishing, 2009; p. 85-112.
 43. Millon T. Trastornos narcisistas de la personalidad. En TP. *Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 2004; p. 411-46.
 44. Russ E, Shedler J, Bradley R, Westen D. Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *Am J Psychiatry* 2008;165:1473-81.

45. Echeburúa E. Personalidades Violentas. Madrid: Pirámide, 2000.
46. Esbec E. Perfil clínico del violento. En G Gómez-Jarabo (Ed.). Violencia, antítesis de la agresión. Valencia: Promolibro, 1999.
47. O'Keefe ML y Schnell MJ. Offenders with mental illness in the correctional system. *Journal of Offender Rehabilitation* 2008;45:81-104.
48. Redondo S (Ed.). Delincuencia sexual y sociedad. Barcelona: Ariel, 2002.
49. García-Andrade JA. Psiquiatría forense. Madrid: Ramón Areces, 1995.
50. Garrido V. Psicópatas y otros delincuentes violentos. Valencia: Tirant lo Blanch, 2003.
51. Martínez T, López FJ, Díaz ML. Los TP en el derecho penal: Estudios de casos del Tribunal Supremo. *Psicopat Clinica Leg Foren* 2001;1:87-101.
52. Oldham JM, Skodol M, Bender D. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson, 2007.
53. Siever L. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008;165:429-42.
54. Echeburúa E, Redondo S. ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? Madrid: Pirámide, 2010.
55. Harris A. y Lurigio A. Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior* 2007;12:542-51.
56. Sirotych, F. Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: An evidence-based review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2008; 8: 171-94.
57. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry* 2000;57:979-86.
58. Elbogen E, Johnson S. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 2009;66:152-61.
59. Borrás L. Asesinos en serie españoles (2ª ed.). Barcelona: Bosch Editor, 2002.
60. Zimbardo P. El Efecto Lucifer. El porqué de la maldad. Barcelona: Paidós, 2008.