

TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SUS IMPLICACIONES FORENSES EN EL ÁMBITO PENAL ENTRE LOS AÑOS 1998 A 2017

Amaya Nagore Casas¹

*Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de los Juzgados de Segovia.
Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Castilla y León (GINCYL).*

Martín L. Vargas Aragón

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.
Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Castilla y León (GINCYL).*

Resumen

La alteración significativa y persistente de la personalidad secundaria a causas orgánicas se conoce en neuropsiquiatría como Trastorno Orgánico de la Personalidad (TOP). El traumatismo craneoencefálico (TCE) es la causa más común de tal cambio. Esta categoría diagnóstica adquiere especial importancia en el contexto legal y forense, cuando los individuos afectados presentan problemas en los procesos cognitivos y emocionales involucrados en la cognición social, que generalmente revisten dificultades para adaptar su comportamiento a las normas sociales, establecer empatía y ejercer autocontrol. El objetivo de este estudio es plantear una visión general de las implicaciones forenses del TOP en la aplicación del reproche penal. Para ello se ha realizado un análisis descriptivo de sentencias del ámbito penal recogidas en la jurisprudencia que incluyen este diagnóstico entre los años 1998-2017. Del análisis estadístico exploratorio resultan tres conglomerados de sentencias diferenciados en función de su característica distintiva: a) trastorno orgánico de personalidad aislado, b) asociación del trastorno con un consumo de tóxicos, y c) presencia comórbida de otros trastornos psicopatológicos. Esta descripción agrupada ayuda a comprender mejor las repercusiones legales en la consideración jurídica de la imputabilidad de este tipo de encausados.

PALABRAS CLAVE: *Trastorno Orgánico de la Personalidad, Neuropsicología Forense, Cognición Social, Daño Cerebral Traumático, Neuropsiquiatría.*

Abstract

The significant and persistent alteration of the personality secondary to organic causes is known in neuropsychiatry as Organic Personality Disorder (OPD). Traumatic Brain Injury (TBI) is the most common cause of such change. This diagnostic category acquires special importance in the legal and forensic context, when the damaged subjects present problems in the cognitive and emotional processing involved in social cognition, which generally have difficulties to adapt their behavior to social norms, establish empathy and maintaining self-control. The aim of this study is to present a general view of the forensic implications of the OPD in criminal liability. For this goal, a descriptive analysis has been made of judgments included in the jurisprudence that include this diagnosis between the years 1998-2017. From the exploratory statistical analysis three clusters result, depending on their distinctive characteristic: a) organic personality disorder isolated, b) association of the disorder with a toxic dependence, and c) comorbid presence of other psychopathologic disorders. This clustered description helps to understand better the legal implications of the legal consideration of the imputability of this type of proceedings.

KEYWORDS: *Organic Personality Disorder, Forensic Neuropsychology, Social Cognition, Traumatic Brain Injury, Neuropsychiatry.*

¹ *Correspondencia:* Nagore Amaya Casas (Nagore-Casas, A.).

Correo electrónico: amaya.nagore@justicia.es

Fecha de recepción del artículo: 10-08-2019

Fecha de aceptación del artículo: 23-09-2019

Introducción

La personalidad implica el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y de forma relativamente estable. Según la concepción de Allport (1937), puede definirse como la organización dinámica de los sistemas psicobiológicos que determinan el ajuste único al ambiente. Las teorías que se han centrado en el estudio de la personalidad desde el ajuste y la adaptación del individuo, resaltan que una persona mentalmente sana se adapta a las necesidades de su entorno de manera flexible e interactiva (Kelly, 1991; Lazarus, 1963; Mischel, 1973; Mischel, y Shoda, 1995; Roff, Sells y Golden, 1972).

El Trastorno Orgánico de la Personalidad (en adelante TOP) forma un grupo diagnóstico multifacético (Lang, Dudeck, Becker y Jäger, 2014) en la frontera entre la neurología y la psiquiatría. Alwyn Lishman utilizó el término “neuropsiquiatría” para aludir a dicha relación fronteriza en la que se desenvuelve una disciplina relacionada con aquellos trastornos que deben su origen a una disfunción cerebral claramente identificable, aunque es una disciplina que también incorpora aspectos psicodinámicos, sociales y culturales (David, 2009). Las alteraciones psicológicas resultantes de la patología cerebral comparten un terreno común con la neuropsiquiatría que recorre las características de personalidad y situación social, y que a menudo se expresan en cambios en la personalidad y en las reacciones interpersonales. Las áreas típicamente afectadas controlan la regulación de emociones e impulsos, aspectos motivacionales y de juicio social, pudiéndose preservar la capacidad intelectual. Este patrón clínico, cuando en concreto afecta a los lóbulos frontales, y existe una clara discontinuidad entre la personalidad actual y premórbida, es el caso del trastorno orgánico de la personalidad (David, 2009).

La neuropsicología es la rama de la psicología dedicada al estudio de las relaciones recíprocas entre el cerebro, el comportamiento y la cognición. Las observaciones clínicas de que las alteraciones en el cerebro pueden producir afectación en la cognición y el comportamiento, son propias y comunes a ambas disciplinas; de hecho, los padres de la neuropsicología se aproximaron a los de la neuropsiquiatría moderna (David y Kopelman, 2009). En este contexto, entendemos que neuropsiquiatría y neuropsicología como ciencias aplicadas al ámbito legal, adquieren un carácter análogo.

Por tanto, el trastorno orgánico de la personalidad es una categoría diagnóstica cuya conceptualización no es homogénea, aunque está incluida en los principales códigos nosológicos internacionales, como es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-11) (Organización Mundial de la Salud, 2018), y el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014).

El término “trastorno orgánico de la personalidad” fue acuñado por el psiquiatra Walter von Baeyer a mediados del siglo pasado, en la revista alemana *Der Nervenarzt*, en un artículo cuyo título puede traducirse como: “Sobre la pato-caracterología de los cambios de personalidad orgánicos” (Baeyer, 1947). El autor describió el cuadro clínico en términos de torpeza, falta de dirección, euforia, disforia, irritabilidad, incontinencia emocional, hipersociabilidad, y pérdida mental, con predominio de la pesadez o torpeza en el comportamiento. El TOP implica una alteración específica de la personalidad y del comportamiento, resultado de un daño o disfunción cerebral. En la práctica pericial, su evaluación puede manifestarse con relativa frecuencia, siendo una entidad compleja en cuanto a la delimitación de las capacidades psicológicas del individuo afectado, lo cual resulta necesario en el asesoramiento al juez con la finalidad de apoyar su argumentación sobre el concepto jurídico de imputabilidad, descrito más adelante (Díez-Ripollés, 1990; Sánchez-Vilanova, 2019).

Como otros autores han señalado, pese al claro reconocimiento que tiene esta categoría en los sistemas de clasificación diagnóstica y en los baremos utilizados para peritar secuelas tras accidentes de tráfico, llama la atención la escasa investigación disponible (Quemada, de Francisco, Echeburúa, y Bulbena, 2010).

Resulta necesario, en primer lugar, trazar una definición del TOP acercándonos al mayor consenso posible. La reciente Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018), continuando con la tradición de definir los síndromes psico-orgánicos iniciada por Kurt Schneider y Gerd Huber, lo clasifica dentro de los Síndromes mentales o conductuales secundarios asociados a otros trastornos, con la denominación (6E68) *Cambio secundario de la personalidad*. Se trata de una alteración de carácter residual consecuencia de una enfermedad, daño, o disfunción cerebral, que afecta de manera significativa al modo habitual de comportamiento premórbido, directamente relacionado con una causa patofisiológica consecuencia de una condición de salud diferente de los trastornos mentales. Tal como la versión anterior de la CIE señalaba (Organización Mundial de la Salud, 1992), las alteraciones afectan a la expresión de las emociones, necesidades e impulsos, y los procesos cognitivos a menudo pueden estar afectados. En ocasiones, se alteran de manera específica las regiones relacionadas con la planificación del propio funcionamiento y la previsión de consecuencias sociales y personales, tal como ocurre en el llamado “síndrome del lóbulo frontal”. A continuación, se presentan las características que engloba el actual código diagnóstico.

Tabla 1. Descripción del diagnóstico según la CIE-11 (6E68 Cambio de personalidad secundario).

<p>Síndrome caracterizado por una perturbación persistente de la personalidad que representa un cambio de las características de personalidad previas de la persona, que se considera una consecuencia patofisiológica directa de una enfermedad orgánica no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento, basada en pruebas de la historia, el examen físico o las conclusiones de laboratorio.</p> <p>Los síntomas no se explican mejor por un <i>delirium</i> o por otro trastorno mental y del comportamiento, y no son una reacción psicológica a una enfermedad médica grave (por ejemplo, aislamiento social, evitación o dependencia en respuesta a un diagnóstico médico grave).</p> <p>Esta categoría debe utilizarse además con el diagnóstico de la sospecha de enfermedad o enfermedad subyacente cuando las manifestaciones de la personalidad son suficientemente intensas como para la necesidad de atención clínica específica.</p> <p>Exclusiones: Dificultades de personalidad (QE50.7) Trastornos de la personalidad (6D10) Delirium (6D70)</p>
--

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), clasifica este tipo de diagnóstico con el epígrafe *Cambio de la personalidad debido a otra afección médica* (310.1). La causa orgánica o nueva condición neuropsiquiátrica irrumpe en el funcionamiento del individuo generando cambios bruscos persistentes con respecto al patrón anterior, y ocasionando malestar significativo en la persona que lo padece. Como manifestaciones más comunes, se incluyen la inestabilidad afectiva, la falta de control de impulsos, los arrebatos de agresividad o rabia desproporcionados, la apatía, la desconfianza o la ideación paranoide. También se contemplan otras posibles características como la falta de juicio o de planificación, la jocosidad, la desinhibición y la euforia, la impersistencia motriz, o la inatención, en función de la diferenciación hemisférica a la que

afecte la causa orgánica. La presentación clínica del trastorno, dada su amplia variabilidad sintomática exigiría, pues, especificar si se trata de un tipo lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide, combinado, o no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En el presente estudio hemos seguido la clasificación axial DSM (APA, 2002) para clasificar los diferentes diagnósticos en los Ejes I o II. Desde 1980, en las sucesivas ediciones de la clasificación DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*), se ha operativizado un diagnóstico multiaxial: DSM-III (1980); DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2002). El diagnóstico se realiza en cinco ejes, de los cuales interesan en este estudio el Eje I, donde se codifican todos los trastornos clínicos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Estos dos grupos diagnósticos se codifican en el Eje II. El Eje III se refiere a enfermedades médicas relacionadas, el Eje IV a problemas psicosociales y ambientales, y el Eje V recoge el nivel de funcionamiento psicosocial. La actual clasificación DSM, vigente desde 2013, ha abandonado esta clasificación multiaxial.

El Traumatismo Craneoencefálico (en adelante TCE) es la etiología más frecuente del TOP, pudiendo llegar a presentarse en este tipo de pacientes con una frecuencia superior al 40% (Li, Huang, Zhang y He, 2017; Sánchez-Cubillo, Muñoz-Céspedes, y Quemada, 2004). Por su parte, este trastorno orgánico de personalidad se asocia en un 20% de casos con epilepsia crónica y refractaria al tratamiento (Tebartz, 2005). Como se aprecia, los datos epidemiológicos del TOP ofrecen importante variabilidad en las fuentes bibliográficas consultadas, lo cual puede explicarse por diversas razones: la fluctuación de la sintomatología, las limitaciones para conocer los rasgos de personalidad premórbida, la escasez de conciencia de déficit del afectado, la difícil correlación entre alteraciones del comportamiento y neuropsicológicas, y la carencia de un modelo teórico sólido que sustente la evaluación de la desinhibición conductual (Sánchez-Cubillo et al., 2004).

Por definición, estos son cambios permanentes que pueden, sin embargo, estar sujetos a ciertas fluctuaciones o variaciones (Lang et al., 2014).

La investigación ha mostrado paralelismos entre los pacientes con rasgos de trastorno orgánico y los pacientes con trastorno límite de personalidad, tales como la labilidad, impulsividad, irritabilidad, dificultades en la definición del *self*, o reacciones violentas auto o hetero-dirigidas (Arza, et al., 2009; Dowson, et al., 2004; Kerr, Finlayson-Short, McCutcheon, Beard y Chanen, 2015; Travers y King, 2005). Todas estas características se asocian con frecuencia al perfil neurocognitivo de tipo prefrontal, aunque no siempre.

Algunos autores han tratado de caracterizar en profundidad, así como de diferenciar los solapamientos entre el TOP debido a causa traumática y el trastorno límite de la personalidad (Gagnon, Buchará y Rainville, 2006; Mathiesen, Simonsen, Soegaard y Kvist, 2014), para lo cual proponen que el diagnóstico diferencial debe hacerse atendiendo al daño neurocognitivo y las percepciones alteradas que se asocian en caso de daño orgánico. Se proponen, además de las exploraciones clínicas de personalidad, evaluaciones neuropsicológicas para establecer un adecuado diagnóstico diferencial y plantear una adecuada intervención. Lamentablemente hasta el momento, no hay trabajos empíricos que traten de manera explícita de la terapia en el TOP, aunque se conoce que el tratamiento de la epilepsia, en los casos en los que hay comorbilidad (Gaitatzis, Trimble y Sander, 2004), puede disminuir significativamente la prevalencia de los síntomas más cognitivos (David y Kopelman, 2009).

La aparición del TOP se asocia particularmente a la lesión de los lóbulos frontales, tal como han plasmado multitud de casos clásicos en la literatura, de los cuales, algunos de los más conocidos son los de Phineas Gage (Harlow, 1948), y el paciente llamado Elliot (Saver y Damasio, 1991). El interés por estas descripciones bien conocidas, abarca hasta los más modernos avances de la neuroimagen (Van Horn *et al.*, 2012). Pero la localización de la lesión o disfunción cerebral no ha de ser necesariamente de tipo frontal, sino que se han descrito otros hallazgos anátomo-funcionales relacionados con el funcionamiento cerebral en red; como representante de tal modelo, encontramos

relevante la teoría neurocomputacional de la integración cognitivo-afectiva en la toma de decisiones (Wagar y Thagard, 2004).

Según este modelo teórico, compatible con el de la hipótesis del marcador somático de Damasio (1996), el componente afectivo, determinado en las regiones del cerebro límbico, es esencial a la hora de tomar determinadas decisiones. En general, el daño en la región ventromedial del córtex prefrontal se asocia a la insensibilidad para predecir consecuencias futuras de la propia conducta (Bechara, Damasio, Damasio y Lee, 1999; Bechara, Tranel y Damasio, 2000; Blair, 2007; Clark et al., 2008). Este tipo de alteración es capaz de provocar en el individuo cambios bruscos en su forma de auto-dirigirse, lo cual comporta una gran importancia a nivel jurídico-legal (Esbec y Echeburúa, 2010; Raine, 2019; Ruiz-Ruiz y Basterra, 2015). De hecho, en nuestro entorno se han descrito pormenorizadamente las repercusiones forenses en la jurisdicción penal de los trastornos de la personalidad y su relación sobre la conducta delictiva y la responsabilidad penal (González-Guerrero, 2011; Sánchez-Vilanova, 2019).

La dificultad para adaptar la conducta social a las normas capta especial relieve para la evaluación psicológica forense en el ámbito jurisdiccional penal, especialmente por dos conceptos jurídicos: a) responsabilidad penal, b) intersección entre derechos individuales-sociales. En la materia de estudio que estamos tratando, existe confusión debido al solapamiento de términos que provienen de la anatomía, la psicopatología y la neuropsicología (Dresdner y Gutiérrez, 2011), sobre todo en cuanto a conductas relacionadas con el incumplimiento de normas sociales. Así, el TOP se mezcla en el ámbito forense con otras etiquetas diagnósticas, como son: síndrome del lóbulo frontal, personalidad pseudopsicopática, o conducta antisocial (Denney, 2005; Quemada, Sánchez-Cubillo y Muñoz Céspedes, 2007), incrementando con frecuencia dicha confusión terminológica.

Coid et al. (2015), siguieron durante 6 años de media a una muestra de 1.344 pacientes de psiquiatría forense en Reino Unido y Gales. Un pequeño grupo del total (63 pacientes, es decir el 4,9% del estudio), eran personas que habían sufrido un síndrome orgánico cerebral, aunque su etiología era heterogénea. Concluyeron que este grupo demostró ser a lo largo del tiempo más proclive a delitos relacionados con el patrimonio, más aún cuando se asociaban trastornos de abuso o dependencia de alcohol.

En general, cuando se trata de sujetos con TOP, prevalece una tónica en las descripciones de los comportamientos más frecuentemente descritos presidida por la desinhibición y la falta de regulación conductual. Esta característica, coincidente con la descripción clínica ya realizada por Walter von Baeyer, se manifiesta fundamentalmente en trastornos conductuales y falta de adecuación a las normas sociales. A pesar de la escasa literatura al respecto de modelos teóricos, algunos estudios sugieren que el comportamiento desinhibido sería resultado de un fallo en los sistemas de asociación emoción-situación-consecuencia, así como de las dificultades de reconocimiento de emociones en el otro (Sánchez-Cubillo et al., 2004).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la consideración del TOP en el contexto pericial-forense español, su asociación con otras patologías y con el tipo criminológico, así como el posible impacto jurídico en términos de imputabilidad.

Este término jurídico se refiere a la integridad o alteración de las capacidades cognitivas y volitivas, en tanto en cuanto tenemos la posibilidad de conocer el significado de las normas y de actuar con arreglo a esa comprensión. Otra manera de entenderlo es la “capacidad para actuar culpablemente” (Sainz-Cantero, 1990), cualidad que nos afecta, en principio, a cualquier persona adulta. Implica la capacidad de comprender y de actuar en arreglo a esa comprensión de forma libre o autodeterminada.

Los autores de doctrina jurídica más relevantes, han señalado ciertos criterios para considerar la imputabilidad desde el punto de vista jurídico (Maza, 2008): 1) la naturaleza de la perturbación como criterio cualitativo, 2) la intensidad y grado de dicha perturbación como criterio cuantitativo, 3) la duración del trastorno y permanencia del mismo atendiendo a un criterio cronológico, y 4) la relación de causalidad entre el trastorno psíquico y el hecho delictivo. Por tanto, no es suficiente

demostrar la implicación de un investigado en un acto delictivo, sino que es preciso entender si el sujeto actuó libremente conforme a su conocimiento y voluntad, usando como principio esencial: «*nullum crimen sine culpa*», es decir, la imposibilidad de la existencia de delito alguno si no existe “culpa” atribuible a su autor. A partir de la valoración jurídica de la afectación de la capacidad para ser objeto de reproche penal, o de ser imputable, se generan dos tipos de consecuencia en cuanto a las posibles reducciones del grado de la pena aplicable. Se trata de las eximentes y atenuantes. Las eximentes, o causas de exclusión de la imputabilidad, están recogidas en el artículo 20 de nuestro Código Penal, y se trata de aquellas situaciones en las que el sujeto padece una anomalía o alteración psíquica, o que se encontraba en estado de intoxicación plena o síndrome de abstinencia al momento de cometer el hecho delictivo, o que sufre alteraciones en la percepción desde su inicio del desarrollo (Aguilar-Gualda, 2017). El tribunal podrá apreciar la reducción de la imputabilidad según un sistema de gradación. Así, cuando no concurren todas las circunstancias para una eximente de forma completa, estamos ante una eximente incompleta. Las causas atenuantes se regulan en el artículo 21 del Código Penal, y prevén que las anteriores no se cumplan por completo, dando lugar a una disminución de la responsabilidad penal.

Por último, debemos explicar brevemente que, cuando no merece la imposición de una pena propiamente dicha, nuestro sistema penal contempla las medidas de seguridad, privativas o no privativas de libertad, cuya imposición dependerá siempre del caso concreto. En la mayoría de los casos estas medidas son de tipo pedagógico o asistencial, para conseguir la readaptación a la vida social de la persona, la separación de la misma, o para prevenir la comisión de nuevos delitos (Aguilar-Gualda, 2017).

Sabemos que tradicionalmente, de no interferir gravemente con el funcionamiento del individuo, los tribunales suelen apreciar los trastornos de la personalidad y el retraso mental del Eje II como eximentes incompletas, o a lo sumo atenuantes para la pena (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). El consumo de alcohol y drogas solo se considera causa de exculpación cuando la persona se haya plenamente afectada por los efectos agudos de la intoxicación o por el síndrome de abstinencia; sin embargo, la mayor parte de delitos cometidos no cumplen esta condición, debiéndose analizar caso por caso (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). En cuanto a los trastornos clínicos considerados en el Eje I se considera que la mera presencia o detección de una anomalía psíquica resulta claramente insuficiente para declarar la inimputabilidad (Sánchez-Vilanova, 2019). Esto viene acentuado por la difícil amalgama de posibilidades clínicas para la interpretación jurídica, de manera que cada diagnóstico debe ser minuciosamente puesto en relación con el hecho criminal y la valoración psicológica de la influencia del trastorno en tales hechos.

El presente estudio se ha basado en el examen de sentencias y en su análisis con el apoyo de técnicas estadísticas que permiten la agrupación de las sentencias según características latentes, tal y como se explica en el apartado de análisis estadístico. Concretamente se ha utilizado de conglomerados, pues ha permitido determinar en los grupos una característica principal propia, lo cual logra el objetivo inicial del estudio en relación a comprender mejor qué aspectos diferenciales del TOP, en asociación con otras características clínicas, se asocian a los tipos de delitos y cómo ha fallado la jurisprudencia en relación a la responsabilidad penal que aplica a este trastorno.

Método

La realización de este estudio ha consistido en análisis descriptivo y estadístico de los datos extraídos de la jurisprudencia relacionada con el Trastorno Orgánico de la Personalidad y la delincuencia.

Muestra

Para la elaboración del presente estudio se ha realizado un análisis de casos en la jurisprudencia de los tribunales españoles, mediante la selección de una búsqueda extraída de la base de datos jurídica *Aranzadi digital*. Se ha realizado una selección de sentencias con el siguiente descriptor: “Trastorno Orgánico de Personalidad”. Para la inclusión dentro del estudio, se ha considerado que la sentencia se encuentre dentro del ámbito jurisdiccional penal, y en el intervalo de tiempo de 1998 a 2017. Se han obtenido inicialmente 223 resultados, para los cuales se han aplicado los siguientes criterios de exclusión: se rechazaron aquellas resoluciones en las que no se hacía alusión específica al TOP, los términos diagnósticos que no eran precisos, o no quedaba suficientemente acreditada la presencia de cambios comportamentales debidos a lesión orgánica. De esta manera, la muestra final estuvo compuesta por 37 sentencias de diferentes Audiencias Provinciales y Tribunal Supremo, presentadas en la tabla 2.

Tabla 2. Listado de sentencias seleccionadas en el periodo de estudio.

N.º	Órgano jurisdiccional	Sentencia número	Delito	Resolución
1	Audiencia Provincial Pontevedra. Sección 2ª	299/2013	Homicidio.	Eximente completa. Internamiento psiquiátrico.
2	Audiencia Provincial Vizcaya. Sección 1ª	71/2013	Agresión sexual.	Atenuante. Prisión.
3	Audiencia Provincial Pontevedra. Sección 1ª	16/2010	Robo y daño bienes de interés cultural.	Eximente completa. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio.
4	Audiencia Provincial Coruña. Sección 1ª	25/2014	Lesiones.	Eximente completa. Absolución.
5	Audiencia Provincial Madrid. Sección 26ª	949/2013	Amenazas.	Eximente completa. Custodia familiar.
6	Audiencia Provincial Santander. Sección 3ª	346/2013	Abandono de familia.	Atenuante analógica drogadicción. Absolución.
7	Audiencia Provincial Coruña. Sección 6ª	182/2013	Robo con fuerza.	Atenuante analógica drogadicción. Prisión.
8	Audiencia Provincial Guipúzcoa. Sección 1ª	141/2013	Quebrantamiento de condena.	Eximente incompleta. Prisión.
9	Audiencia Provincial Guipúzcoa. Sección 1ª	107/2013	Contra la salud pública.	Ninguna. Prisión.
10	Sala de lo Penal Tribunal Supremo.	Auto 11/03/2013	Estafa en grado de tentativa y falsedad de documento privado.	Eximente incompleta. Tratamiento médico externo.
11	Audiencia Provincial Badajoz. Sección 3ª	41/2013	Agresión sexual.	Eximente incompleta. Internamiento psiquiátrico penitenciario.
12	Audiencia Provincial Palencia. Sección 1ª	15/2012	Estafa.	Absolución.
13	Audiencia Provincial Valencia. Sección 1ª	580/2012	Quebrantamiento de condena e injurias.	Eximente incompleta. Libertad vigilada y tratamiento médico externo.
14	Audiencia Provincial Navarra. Sección 3ª	180/2012	Atentado y falta de lesión.	Eximente incompleta. Prisión.
15	Sala 2ª Tribunal Supremo.	Auto 19/07/2012	Contra la salud pública.	Atenuante analógica anomalía psíquica. Multa.
16	Audiencia Provincial Madrid. Sección 30ª	289/2012	Homicidio en grado de tentativa y lesiones.	Eximente incompleta. Prisión.
17	Audiencia Provincial Asturias.	118/2012	Falta de lesiones.	Rebaja de pena (art. 638)

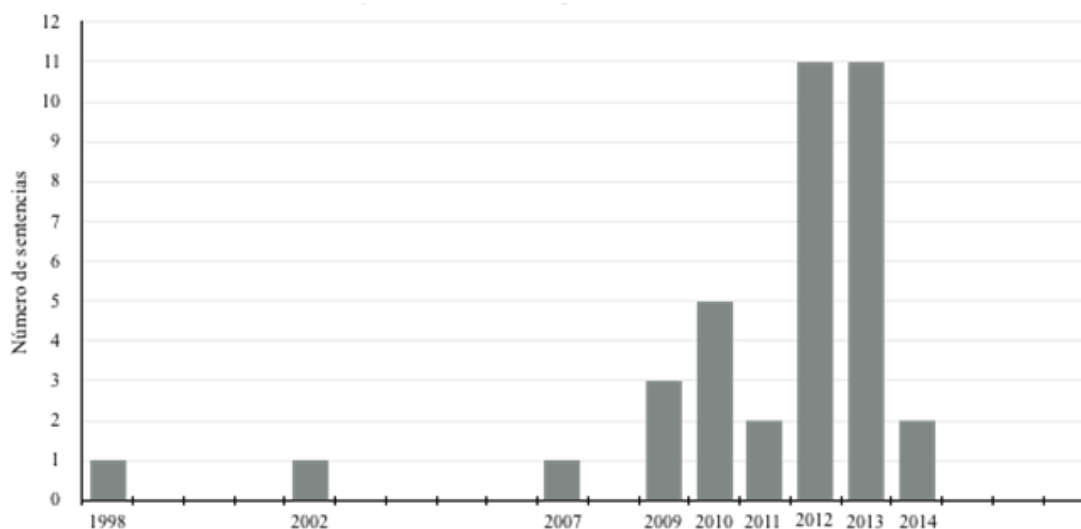
18	Sección 8ª Audiencia Provincial Madrid. Sección 3ª	200/2012	Quebrantamiento de condena.	Código Penal). Multa. Eximente completa.
----	--	----------	-----------------------------	---

Tabla 2. Listado de sentencias seleccionadas en el periodo de estudio (continuación).

N.º	Órgano jurisdiccional	Sentencia número	Delito	Resolución
19	Audiencia Provincial Barcelona. Sección 7ª	2047/2012	Contra la salud pública	Absolución
20	Audiencia Provincial Sevilla. Sección 3ª	4/2002	Homicidio en grado de tentativa y robo con violencia.	Ninguna. Prisión
21	Audiencia Provincial Cantabria. Sección 1ª	315/2007	Contra la seguridad del tráfico.	Ninguna. Multa y prohibición conducción.
22	Audiencia Provincial Granada. Sección 2ª	106/2009	Contra la salud pública.	Eximente incompleta. Prisión.
23	Audiencia Provincial Las Palmas. Sección 2ª	68/2009	Homicidio y maltrato habitual	Ninguna. Prisión.
24	Audiencia Provincial Las Palmas. Sección 1ª	86/2009	Violación y lesiones	Ninguna. Prisión.
25	Audiencia Provincial Soria. Sección 1º	22/2010	Contra la salud pública	Eximente incompleta. Absolución.
26	Audiencia Provincial Zaragoza. Sección 3ª	239/2010	Atentado y dos faltas de lesiones.	Eximente incompleta. Prisión.
27	Audiencia Provincial Málaga. Sección 7ª Melilla	14/2010	Lesiones.	Ninguna. Prisión.
28	Sala de lo Penal Tribunal Supremo.	552/1998	Agresión sexual en grado de tentativa.	Atenuante. Prisión.
29	Audiencia Provincial Almería. Sección 2ª	297/2011	Agresión sexual y lesiones.	Atenuante analógica alteración psíquica. Prisión.
30	Audiencia Provincial Murcia. Sección 3ª	3/2011	Asesinato.	Ninguna. Prisión.
31	Audiencia Provincial Tarragona. Sección 4ª	597/2012	Contra la seguridad del tráfico.	Ninguna. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio.
32	Audiencia Provincial Asturias. Sección 2ª	549/2012	Robo con violencia.	Atenuante alteración mental. Prisión.
33	Audiencia Provincial Alicante. Sección 10ª	480/2012	Hurto.	Ninguna. Trabajos en beneficio a la comunidad.
34	Audiencia Provincial Sevilla. Sección 7ª	50/2013	Abuso sexual.	Absolución.
35	Audiencia Provincial Málaga. Sección 3ª	225/2010	Contra la salud pública.	Atenuante anomalía psiquiátrica y drogadicción. Prisión.
36	Audiencia Provincial Zaragoza Sección 1ª	192/2013	Amenazas en el ámbito familiar.	Eximente completa. Internamiento psiquiátrico.
37	Audiencia Provincial Granada. Sección 1ª	133/2014	Falta de daños.	Rebaja de pena (art. 638 Código Penal). Multa.

Es decir, la muestra refinada y seleccionada supone aproximadamente un 16% del contenido obtenido en un principio, con la distribución temporal que muestra la figura 1. Del total seleccionado, el mayor volumen de resoluciones judiciales se concentra en los años 2012 y 2013, con 11 elementos respectivamente, habiéndose encontrado también períodos desiertos (1999-2001, 2003-2006, 2008 y 2017-2017).

Figura 1. *Distribución temporal de la muestra seleccionada.*



Procedimiento

Se han recogido los datos de filiación de las sentencias (órgano jurisdiccional, número de sentencia, tipo de delito), así como una síntesis del contenido de las mismas con especial atención a la consideración del TOP en su redacción y el fallo o decisión judicial final. Posteriormente, se ha procedido a la elaboración de una base de datos de las variables definidas para su análisis estadístico descriptivo. Ha sido necesario recodificar algunas variables (diagnósticos comórbidos, tipo delictivo imputado, y circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal) dado el reducido tamaño muestral, para facilitar los cálculos estadísticos. La lista final de variables recogidas, se exponen en la tabla 3.

Tabla 3. Variables categoriales definidas.

Nombre de la variable	Valores
Sexo del imputado/a	Varón Mujer
Edad del imputado/a	18-25 años 26-35 años 36-45 años 46-55 años 56-65 años 66-75 años Más de 75 años
Antecedentes penales	Si No
Etiología del Trastorno Orgánico de Personalidad	Traumatismo craneoencefálico Agresión Tóxica/infecciosa Enfermedad cerebro-vascular Demencia
Diagnósticos comórbidos	Ninguno Trastorno psicótico Otros trastornos del Eje I (según DSM) Otros trastornos del Eje II (según DSM)
Historia de consumo de tóxicos	Si No
Tipo delictivo imputado	Delitos contra las personas Delitos sexuales Delitos/faltas contra la ordenación legal y socioeconómica
Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal	Imputable Eximente completa Eximente incompleta Atenuante
Aplicación jurídica de medida de seguridad	Si No
Indicación de tratamiento clínico	No alusión Internamiento psiquiátrico Programa en prisión Tratamiento ambulatorio

Análisis estadístico

Tras la codificación de los datos, se ha empleado el software estadístico SPSS V.18 para las pruebas no paramétricas aplicadas. Para abordar el objetivo formulado en el estudio, y profundizar así en el estudio de las diversas consecuencias penales en función de las características de los encausados con TOP y los delitos cometidos, se ha decidido plantear un análisis de conglomerados entre grupos. Para ello se ha partido de la matriz completa de sentencias, y se han realizado selecciones de las variables observadas. Se ha optado por un análisis jerárquico aglomerativo en el que se han usado las variables categóricas por ser las que mayor riqueza aportaban al análisis de grupos: antecedentes penales, diagnósticos comórbidos, historia de consumo de tóxicos y circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. Se ha usado la distancia euclídea al cuadrado para datos dicotómicos y realizado el cálculo de las distancias promedio entre pares de observaciones (vinculación inter-grupos).

Dado el reducido número muestral y para mejorar la calidad del análisis estadístico, ha sido necesario recodificar algunas variables no dicotómicas. Así pues, se ha reducido a tres posibilidades los valores de la variable “trastornos comórbidos”: a) sin trastornos asociados o con trastorno psicótico, b) presencia de otros trastornos del Eje I diferentes a la psicosis (trastornos del estado de ánimo, del control de impulsos, adaptativos o demencia), y c) presencia de otros trastornos del Eje II (retraso mental u otros trastornos de la personalidad). El “tipo delictivo imputado” se ha sintetizado en tres, según los títulos generales del Código penal: a) delitos contra las personas, b) delitos sexuales y c) delitos contra la ordenación legal. De forma similar, se han reasignado los valores para la variable “medidas modificativas de la responsabilidad criminal”, usándose únicamente: a) imputable, b) eximente, y c) otras medidas (eximente incompleta y atenuante).

También se han usado estudios de asociación Chi-cuadrado, aunque sus resultados no han hallado relaciones estadísticamente significativas, tal como se muestra en la Tabla 4. Los casos son demasiado escasos para analizar la relación entre la responsabilidad criminal y las medidas de seguridad aplicadas.

Tabla 4. *Relaciones estadísticamente no significativas (Chi-cuadrado).*

Asociación	Valor	Grados libertad	Asintótica (bilateral)
Consumo de tóxicos – Responsabilidad criminal	3,855	2	,146
Diagnósticos comórbidos – Consumo de tóxicos	2,874	3	,412
Tipo de delito – Consumo de tóxicos	2,191	2	,334

Resultados

La prevalencia de sentencias en nuestra jurisprudencia que incluye el criterio especificado es muy baja. La muestra presenta un claro predominio de imputados varones, de forma concordante con el conocimiento general de las ciencias sociales acerca de la mayor participación en actividades delictivas de los hombres respecto de las mujeres (Gottfredson y Hirschi, 1990). La edad mayoritaria de los sujetos recogida en sentencia abarca el intervalo de los 26 a los 45 años. Del total de encausados, 12 de ellos tenían antecedentes penales, otros 20 delinquirían por primera vez, y en 5 de las sentencias no se hacía alusión a esta variable.

Las variables de tipo clínico indican que los acusados presentan un diagnóstico de TOP en su mayoría de etiología postraumática, representando 8 casos del total de 37. No obstante, aparecen otras causas como las vasculares y los procesos demenciales en menor proporción (cada una de ellas 2 casos respectivamente); finalmente, 21 de las resoluciones judiciales no especifican datos acerca de la etiología del trastorno. La frecuencia de trastornos comórbidos con el TOP alcanza el 54,1%, siendo estos en su mayoría diagnósticos de retraso mental (16,2%) y trastornos psicóticos (16,2%), seguidos de otros trastornos de la personalidad (10,8%).

Los tipos de delitos tipificados se tratan en su mayoría de delitos contra la ordenación legal (51%), es decir, delitos contra la salud pública, contra la seguridad del tráfico, robos y quebrantamientos de condena. Un 32% de los delitos son contra las personas y un 16% de tipo sexual. Un 29,7% de la muestra analizada presentaba problemas acreditados de consumo de sustancias tóxicas. Solo en un 16,2% de los casos totales se establecen medidas de seguridad, siendo de ellas la más empleada el internamiento psiquiátrico penitenciario. En la tabla 5 se presentan las frecuencias de las variables estudiadas.

Los razonamientos que aparecen en las sentencias reflejan conceptualizaciones muy diferentes del TOP. Éstas utilizan terminología para calificar la imputabilidad de los acusados, que no son necesariamente diferentes de otras descripciones jurídicas sobre anomalías psíquicas. Así pues, en cuanto a la consideración de las capacidades cognitivas, las sentencias analizadas reflejan expresiones como “distorsión de la realidad”, “comprensión de la ilicitud de su conducta”, “distinción entre el bien y el mal”, “afectación de sus capacidades psíquicas”, o “imposibilidad de prever el alcance de sus conductas”. Por otro lado, las capacidades volitivas son apreciadas en los razonamientos jurídicos con locuciones análogas a: “no puede controlar impulsos”, “padece marcada impulsividad e irritabilidad que limita su voluntad”, “control de actos para expresar emociones y necesidades”, “no tener conciencia y voluntad de realizar los hechos”, o “mostrar irritabilidad, impulsividad y dificultad de autocontrol”.

Tabla 5. Frecuencia de variables.

Variable	N	%
Total	37	100
Sexo del imputado/a		
Hombre	35	94,60
Mujer	2	5,40
Edad		
No consta	19	51,35
18-25	1	2,70
26-35	8	21,65
36-45	5	13,50
46-55	2	5,40
56-65	0	0,00
66-75	1	2,70
Más de 76 años	1	2,70
Antecedentes penales		
Sí	12	32,43
No	25	67,57

Tabla 5. Frecuencia de variables (continuación).

Etiología del TOP		
No consta	21	56,75
Traumatismo craneoencefálico	8	21,65
Agresión	1	2,70
Tóxica/infecciosa	3	8,10
Enfermedad cerebro vascular	2	5,40
Demencia	2	5,40
Comorbilidad		
No	17	45,95
Trastorno psicótico	6	16,21
Otros trastornos Eje I	4	10,84
Otros trastornos Eje II	10	27,00
Consumo de tóxicos		
Si	11	29,73
No	26	70,27
Tipo delictivo		
Contra las personas	12	32,43
Delitos sexuales	6	16,21
Contra la ordenación legal	19	51,36
Responsabilidad penal		
Imputabilidad	6	16,21
Eximente completa	6	16,21
Eximente incompleta	9	24,32
Atenuante	7	18,91
Medida de seguridad		
Si	6	16,21
No	31	83,79
Tratamiento		
No alusión	29	78,39
Internamiento psiquiátrico	6	16,21
Programa en prisión	0	0,00
Tratamiento ambulatorio	2	5,40

El análisis de conglomerados produce tres subgrupos de encausados con trastorno orgánico de personalidad, cumpliendo con el objetivo principal del presente artículo consistente en hallar semejanzas entre las decisiones judiciales para comprender con más detalle cuál es el tratamiento del TOP recibido por la jurisdicción penal en nuestro país. Así pues, los tres grupos, que se han denominado “TOP puro” (grupo 1), “TOP con consumo” (grupo 2) y “TOP asociado a otra patología” (grupo 3), se representan en la figura 2, especificando las sentencias que forman parte de cada agrupación, así como las variables más características de cada uno de los grupos y su grado de representación.

Figura 2. Características y elementos de los conglomerados resultantes.**TOP Puro (Grupo 1)**

15 sentencias, número en el listado de la muestra:

- 1, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 22, 26, 27, 28, 30, 31 y 36.

Características:

- Sin antecedentes penales: 46,7%.
- Con antecedentes penales: 33,3%.
- Sin historial de consumo de tóxicos: 100%.
- Sin patología asociada: 84%.
- Eximentes completas e incompletas: 53,3%.
- Atenuantes: 13,3%.
- Imputables: 13,3%.
- Medidas de seguridad: 20%.

TOP Consumo (Grupo 2)

11 sentencias, número en el listado de la muestra:

- 2, 5, 7, 11, 18, 21, 24, 32, 33, 35 y 37.

Características:

- Con antecedentes penales: 45,5%.
- Sin antecedentes penales: 36,4%.
- Con historial de consumo de tóxicos: 100%.
- Sin patología asociada: 72,7%.
- Eximentes completas e incompletas: 27,2%.
- Atenuantes: 45,4%.
- Imputables: 18,1%.
- Medidas de seguridad: 27%.

TOP Psicopatología (Grupo 3)

11 sentencias, número en el listado de la muestra:

- 3, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 29 y 34.

Características:

- Sin antecedentes penales: 81,8%.
- Con antecedentes penales: 18,2%.
- Sin historial de consumo de tóxicos: 100%.
- Con patología eje I/II asociada: 100%.
- Eximentes completas e incompletas: 36,4%.
- Atenuantes: 18,1%.
- Imputables: 18,1%
- Medidas de seguridad: 0%.

Se describen a continuación los grupos resultantes del análisis de conglomerados, según el rasgo que hace peculiar a cada uno de ellos.

- 1) “Trastorno Orgánico de la Personalidad puro” o Grupo 1: se compone de una agrupación de 15 resoluciones judiciales, especificadas en la figura 2. En este grupo, en el que destaca la presencia del TOP *per se*, los encausados no tienen historial de consumo de sustancias tóxicas. Casi la mitad de ellos (46,7%) carecen de antecedentes penales. Mayoritariamente no presentan comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, aunque un pequeño grupo padece algún tipo de trastorno psicótico (16%). El 66,6% de ellos reciben algún tipo de disminución de la responsabilidad penal en sentencia judicial. De este porcentaje, un 20% consiste en medidas eximentes completas, 33,3% eximentes de tipo incompleto, y 13,3% de causas atenuantes. En los casos de exención de la responsabilidad criminal, se han contemplado medidas de seguridad para un 20% de estos sujetos.
- 2) “Trastorno Orgánico de la Personalidad con consumo” o Grupo 2: esta agrupación se produce en función de que los autores de los delitos fueran consumidores de alcohol u otros tóxicos, englobando un total de 11 sentencias. En este grupo también la mitad aproximada tienen antecedentes penales (45,5%) y en su mayoría no se asocian a otra patología (72,7%). Son considerados imputables en su mayoría, si bien un 45,4% de los mismos reciben una atenuación de la pena debido a su situación clínica. A todos aquellos en los que se estima exenta parcial o totalmente su responsabilidad penal (27%), se les impone el cumplimiento de una medida de seguridad; en estos casos se trata de medidas de tratamiento psiquiátrico, bien dentro o fuera de prisión.
- 3) “Trastorno Orgánico de Personalidad asociado a otra psicopatología” o Grupo 3: el último de los *clúster* se compone de un conjunto de 11 elementos, todos ellos asociados a algún tipo de alteración y anomalía asociada. El 27% de estos trastornos se sitúan en el Eje II tratándose, por tanto, de otros trastornos de la personalidad o de retraso mental. Por otro lado, un 16,2% están asociados a trastornos de tipo psicótico, y con una pequeña representación (2,7%) se asocian respectivamente a cada uno de los siguientes: trastorno del estado de ánimo, del control de impulsos, de tipo adaptativo, y a la demencia. En este grupo, se producen un 36,4% de exenciones de la responsabilidad, de las cuales la mitad de ellas son de tipo completo. El resto de los sujetos son considerados, de un lado, del todo imputables (18,1%) y, del otro, con atenuación de la pena (18,1%). En esta agrupación no aparece recogida en sentencia ninguna medida de seguridad.

Las tres agrupaciones descritas, forman tres grupos homogeneidad interna que nos permiten comprender mejor cómo la característica esencial de cada uno de ellos (pureza en el diagnóstico, consumo de tóxicos y otra psicopatología asociada), puede estar influyendo en las repercusiones jurídico-penales de los fallos en sentencia, de manera coherente con la jurisprudencia.

Discusión

Por tanto, nuestro estudio refuerza esta tendencia jurisprudencial. El grupo de imputados analizados pueden subdividirse en tres conglomerados según su TOP se asocie a no a otros cuadros psicopatológicos y al consumo de sustancias tóxicas. El primer grupo con TOP eminentemente aislado, consigue una elevada tasa de eximentes de la responsabilidad penal, aunque en su mayoría son de tipo incompleto. El segundo grupo, asociado al consumo de tóxicos, tiende a presentar asociada una medida penal atenuante. Y el tercero, en combinación con otros diagnósticos, que en su mayoría se relacionan con la persistencia de alteraciones, parece comportarse de forma más variable; cada caso, entonces, parece precisar una interpretación y explicación individual para la conclusión jurídica sobre la influencia y gravedad de las entidades comórbidas en el delito cometido.

Una limitación para el presente artículo es la baja prevalencia de sentencias con el objeto de estudio, es decir, la categoría diagnóstica de TOP. Ello podría deberse a diversas razones: a) la prevalencia del TOP en sujetos que incurren en actos delictivos es reducida; b) el conocimiento judicial de hechos delictivos que involucran a personas que padecen un TOP está restringido; c) la utilización de esta categoría diagnóstica es relativamente reducida en la práctica clínica, lo cual condiciona consecuentemente su escaso uso en el contexto forense; d) las resoluciones judiciales han comenzado a incorporar esta nomenclatura clínica recientemente, y en ocasiones no recogen un diagnóstico realizado por un facultativo en el que apoyar sus razonamientos. En nuestra jurisprudencia, además, la representación del TOP es muy escasa, a diferencia de otros trastornos de personalidad claramente tipificados. Las resoluciones muestran gran dependencia de dictámenes clínicos y periciales, y en la práctica diagnóstica el TOP es una entidad relativamente mal conocida y falta de investigación. Esto puede estar incidiendo, por tanto, en su traslado al ámbito jurídico.

Los trastornos psico-orgánicos forman un grupo diagnóstico multifacético en las fronteras entre la neurología y la psiquiatría. Hemos de asumir en el diagnóstico la importancia de distinguir entre la etiología de la alteración o enfermedad y las diversas manifestaciones sintomáticas, dentro de una perspectiva de diagnóstico multiaxial (Lang et al., 2014). En el TOP, los cambios de la personalidad por definición permanentes que pueden, sin embargo, estar sujetos a algunas fluctuaciones e incluso acentuación de los rasgos premórbidos más prominentes (Lang et al., 2014).

En este estudio hemos visto que las sentencias analizadas revelan que el TOP es una categoría diagnóstica cuya conceptualización resulta imprecisa y que engloba gran cantidad de comportamientos desajustados.

Sería de interés revisar en un estudio futuro el subtipo de trastorno de personalidad con el que habitualmente se asocian los sujetos con diagnóstico de TOP, tal como ha hecho la literatura con el trastorno límite de la personalidad (Gagnon et al., 2006; Mathiesen et al., 2014), lo cual formaría parte de una nueva investigación.

El hecho de que la presencia del diagnóstico de TOP en sí mismo se vincule a un elevado número de sentencias que contemplan eximentes comporta, inicialmente, gran importancia jurídico-legal respecto a la detección del trastorno. Este es un estudio introductorio que debería ser complementado con tamaños muestrales mayores.

A pesar de las limitaciones señaladas en este estudio, parece claro que las personas con este tipo de alteración, por sus propias características, padecen dificultades mucho mayores para reajustarse a un entorno socio-normativo, así como para reintegrarse a un nivel de funcionamiento personal autónomo pleno. El problema para adaptar su conducta social a las normas, con rasgos como la impulsividad, irritabilidad, o incapacidad para demorar reforzadores, aparece como elemento clave dentro de la consideración jurídica de la imputabilidad de sus actos y de su “capacidad de autogobierno”.

En conclusión, se considera necesaria investigación adicional en cuanto a la estabilidad de la categoría diagnóstica del TOP, así como su posible diferenciación en subtipos diagnósticos, que permitan avanzar en la consideración de las implicaciones delictivas y ajuste de las consecuencias jurídico-penales.

Referencias

- Aguilar Gualda, S. (2017). La pericial psiquiátrica en el procedimiento penal. *Anales de Derecho*. Vol. 35, No. 1.
- Allport G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt Tinehart & Winston.
- American Psychiatric Association. (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed. Texto revisado). (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.). (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arza, R., Diaz-Marsá, M., López-Micó, C., De Fernández Pablo, N., López-lbor, J. J., y Carrasco, J. L. (2009). Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: Detection strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 185-190.
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., y Lee, G. P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *Journal of Neuroscience*, 19(13), 5473-81.
- Bechara, A., Tranel, D., y Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123(11), 2189-2202. [doi:10.1093/brain/123.11.2189](https://doi.org/10.1093/brain/123.11.2189)
- Blair, R. J. R. (2007). The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(9), 387-392. [doi:10.1016/j.tics.2007.07.003](https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.07.003)
- Clark, L., Bechara, A., Damasio, H., Aitken, M. R. F., Sahakian, B. J., y Robbins, T. W. (2008). Differential effects of insular and ventromedial prefrontal cortex lesions on risky decision-making. *Brain*, 131(5), 1311-22. [doi:10.1093/brain/awn066](https://doi.org/10.1093/brain/awn066)
- Coid, J. W., Yang, M., Ullrich, S., Hickey, N., Kahtan, N., y Freestone, M. (2015). Psychiatric diagnosis and differential risks of offending following discharge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 68-74. [doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.009).
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- David., A. (2009). Basic concepts in neuropsychiatry. In David, A., Fleminger, S., Kopelman, M., Lovestone, S. y Mellers, J. *Lishman's organic psychiatry: A textbook of neuropsychiatry* 4th ed. (pp. 3-27). Chichester: Wiley-Blackwell.
- David., A. y Kopelman., M. (2009). Neuropsychology in relation to psychiatry. In David, A., Fleminger, S., Kopelman, M., Lovestone, S. y Mellers, J. *Lishman's organic psychiatry: A textbook of neuropsychiatry* 4th ed. (pp. 29-102). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Denney, R. L. (2005). Criminal Responsibility and other criminal forensic issues. En Larrabee, G. J. *Forensic Neuropsychology: a scientific approach*. New York: Oxford University Press.
- Díez Ripollés, J. L. (1990). *Los elementos subjetivos del delito. Bases metodológicas*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Dowson, J., Bazanis, E., Rogers, R., Prevost, A., Taylor, P., Meux, C., Staley, C., Nevison-Andrews, D., Taylor, C., Robbins, T., y Sahakian, B. (2004). Impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 45, 1, 29-36.
- Dresdner, R. y Gutiérrez, O. (2011). Los trastornos de comportamiento y cambios permanentes en la personalidad. En Jarné, A. y Aliaga, A. (comps.), *Manual de neuropsicología forense* (pp. 117-157). Barcelona: Herder.

- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: Implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Gagnon, J., Bouchard, M. A. y Rainville, C. (2006). Differential diagnosis between borderline personality disorder and organic personality disorder following traumatic brain injury. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70:1, 1-28. [doi: 10.1521/bumc.2006.70.1.1](https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.1.1).
- Gaitatzis, A., Trimble, M. R., y Sander, J. W. (2004). The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110(4), 207-220. [doi:10.1111/j.1600-0404.2004.00324.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2004.00324.x)
- González-Guerrero, L. (2011). *Trastornos de la Personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Gottfredson, M. y T. Hirschi. 1990. *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press.
- Harlow, J.M. (1948). Passage of an iron rod through the head. *Boston Medical and Surgical Journal*, 39 (20). 389-93.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. London: Routledge.
- Kerr, I. B., Finlayson-Short, L., McCutcheon, L. K., Beard, H., y Chanen, A. M. (2015). The 'self' and borderline personality disorder: *Conceptual and clinical considerations*. *Psychopathology*, 48(5), 339-348. [doi:10.1159/000438827](https://doi.org/10.1159/000438827).
- Lang, F. U., Dudeck, M., Becker, T., y Jäger, M. (2014). Die Organische Persönlichkeitsstörung: *Konzeptuelle Grundlagen: Klinik und Therapie*. *Der Nervenarzt*, 86(3), 332-339.
- Lazarus, R. S. (1963). *Personality adjustment*. New Jersey: Prentice Hall.
- Li C., Huang L., Zhang M., y He M. (2017). Forensic Psychiatric Assessment for Organic Personality Disorders after Craniocerebral Trauma. *Fa Yi Xue Za Zhi*. 33(2) 158-161. [doi:10.3969/j.issn.1004-5619.2017.02.010](https://doi.org/10.3969/j.issn.1004-5619.2017.02.010).
- Mathiesen, B. B., Simonsen, E., Soegaard, U. y Kvist, K. (2014). Similarities and differences in borderline and organic personality disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19:1, 1-16. [doi: 10.1080/13546805.2013.776494](https://doi.org/10.1080/13546805.2013.776494)
- Maza, J.M. (2008). La imputabilidad. En Graña, Peña y Andreu (dirs.). *Manual docente de Psicología Clínica, Legal y Forense*, vol. I, pp. 595-675.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological review*, 80(4), 252-283.
- Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological review*, 102(2), 246-268.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. Décima Revisión (10ª. Ed.) (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación internacional de enfermedades. Undécima Revisión (11ª. Ed.) (CIE-11)*. Plataforma de mantenimiento: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>
- Quemada J.I., Sánchez-Cubillo I. y Muñoz-Céspedes, J.M. (2007). El trastorno orgánico de la personalidad: análisis conceptual y estrategias para la investigación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2): 115-21.

- Quemada, J. I., de Francisco, M. L., E. Echeburúa y Bulbena, A. (2010). Impacto de las secuelas psiquiátricas y neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos sobre la duración de tiempos legales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2):101-107.
- Raine, A. (2019). The neuromoral theory of antisocial, violent, and psychopathic behavior. *Psychiatry Research*, 277, 64-69. [doi:10.1016/j.psychres.2018.11.025](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.025)
- Roff, M. F., Sells, S. B. y Golden, M. M. (1972). *Social adjustment and personality development in children*. University of Minnesota Press.
- Ruiz-Ruiz, R. y Basterra-Gortari, V. (2015). Repercusiones funcionales y legales de un trastorno orgánico de la personalidad tras un infarto cerebral. *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 169-174.
- Sáinz-Cantero, J.A. (1990). *Lecciones de derecho penal. Parte general*, 3ª Ed. Barcelona: Boch, p. 645.
- Sánchez-Vilanova, M. (2019). *Neuroimputabilidad. Una mirada interdisciplinar a la responsabilidad desde los avances de la neurociencia*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Sánchez-Cubillo, I., Muñoz Céspedes, J.M., Quemada, J.I. (2004). ¿Qué procesos están implicados en el trastorno orgánico de personalidad subtipo desinhibido? *Anales de Psicología*, 20 (2): 273-87.
- Saver, J., L. y Damasio, A.R. (1991). Preserved access and processing of social knowledge in a patient with acquired sociopathy due to ventromedial frontal damage. *Neuropsychologia*, 29: 12, 1214-1249.
- Tebartz van Elst, L. (2005). Towards an integrated model of organic and primary personality disorders. *Zeitschrift Fur Epileptologie*, 18(4), 222-228.
- Travers, C., y King, R. (2005). An investigation of organic factors in the neuropsychological functioning of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 1-18. [doi:10.1521/pedi.19.1.1.62181](https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.1.62181)
- Von Baeyer, W. (1947). Zur Pathockarakterologie der organischen Persönlichkeitsveränderungen. *Der Nervenarzt*, 178. 21-28.
- Van Horn, J. D., Irimia, A., Torgerson, C. M., Chambers, M. C., Kikinis, R., y Toga, A. W. (2012). Mapping connectivity damage in the case of Phineas Gage. *PloS one*, 7(5), e37454. [doi:10.1371/journal.pone.0037454](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037454).
- Wagar, B. M., y Thagard, P. (2004). Spiking Phineas Gage: a neurocomputational theory of cognitive-affective integration in decision making. *Psychological review*, 111(1), 67-79. [doi: 10.1037/0033-295X.111.1.67](https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.67).