

TRASTORNO BIPOLAR REPERCUSIONES FORENSES EN EL ÁMBITO PENAL TREINTA AÑOS DE REVISIÓN

Ángel Muñoz Ledesma¹

Psicólogo forense en el ámbito privado.

Resumen

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno crónico con importantes repercusiones funcionales y psicojurídicas. El objetivo del presente estudio es examinar la consideración del TB en el contexto pericial forense español, su asociación con otras patologías y con el tipo criminológico, así como el impacto jurídico en términos de imputabilidad. Se ha realizado un análisis sistemático de la jurisprudencia de los últimos 30 años en España, obteniéndose una muestra de 52 sentencias relevantes del Tribunal Supremo. Los resultados muestran una gran diferencia entre el sexo de los encausados, un 88,5 % hombres frente a un 11,5 % mujeres. Además, un 34,6 % de los encausados mostraba comorbilidad. En el TB se debe tener en cuenta la capacidad de los encausados para tomar conciencia de su trastorno, la gravedad de este, la interferencia que el trastorno ejerce sobre el funcionamiento diario en las diferentes áreas vitales, la afectación en la esfera cognoscitiva y/o volitiva y la intensidad de esta, sobre todo con relación a aspectos como la impulsividad o el fracaso de los frenos inhibitorios.

PALABRAS CLAVE: *Trastorno Bipolar, Psicosis Maníaco Depresiva, Repercusiones Forenses, Implicaciones Legales.*

Abstract

Bipolar disorder forensic implications in the criminal field thirty years of review Bipolar disorder (BD) is a chronic disorder that has significant functional and psycholegal implications. This study aims to examine the consideration of TB in the Spanish forensic expert context, its association with other pathologies and the criminological type, as well as its legal impact in terms of imputability. A systematic analysis of the jurisprudence over the last 30 years in Spain has been carried out, obtaining a sample of 52 relevant Supreme Court rulings. The results show a notable difference between the gender of the defendants, since 88.5% were men, compared with 11.5% of women. In addition, 34.6% of the defendants showed comorbidity. Regarding TB, the ability of the defendants to be aware of their disorder should be taken into account, as well as its severity, the interference that this condition exerts on the person's daily functioning in different areas of life, the affectation of cognitive and/or volitional functions and its intensity, especially concerning to individual factors such as the impulsivity or the failure of inhibitory brakes.

KEY WORDS: *Bipolar Disorder, Manic Depressive Psychosis, Forensic Implications, Legal Repercussion*

El trastorno bipolar (TB) es una alteración del estado de ánimo caracterizada por la oscilación extrema entre la manía y la depresión. Es un trastorno crónico que afecta a entre el 2 % y el 5 % de la población, con importantes repercusiones tanto para el individuo como para su familia, su entorno social y el sistema sanitario (Lorenzo Pontevedra, 2015).

Aunque la mayoría de las personas diagnosticadas de TB no delinquen ni son violentos, el TB puede ser un factor de riesgo para actos delictivos en contingencia con determinadas variables internas y del contexto, y sobre todo cuando el tratamiento no es adecuado (Echeburúa y Loinaz, 2011). Además, la frecuencia es mayor entre los pacientes con TB y trastorno comórbido por consumo de sustancias que entre los que no tienen ninguno de los dos trastornos. En consecuencia, la prevalencia del TB entre los presos es elevada (2-7 %; Fovet et al., 2015).

¹ *Correspondencia:* Ángel Muñoz Ledesma (Muñoz Ledesma, A.).

Correo electrónico: angelmunozledesma@cop.es

Fecha de recepción: 12-septiembre-2021

Fecha de aceptación: 15-enero-2022

Los síntomas maníacos del TB también pueden suponer una interacción con el sistema legal porque la desinhibición conductual y sexual de los pacientes puede conducir a la hipersexualidad, la familiaridad excesiva o el exhibicionismo (DSM-5; APA, 2013).

En el ámbito clínico, legal y forense, la gravedad de este tipo de trastornos precisa del conocimiento, por parte de sus profesionales, del impacto de las diversas manifestaciones psicopatológicas relacionadas con el funcionamiento cotidiano de la persona, y las implicaciones forenses que se desprenden de dichos trastornos. El objetivo de este estudio es analizar, dentro de los últimos treinta años, la consideración del TB en el contexto pericial forense español, su asociación con otras patologías y con el tipo criminológico, así como el impacto jurídico en términos de imputabilidad.

Método

Para realizar el presente estudio, se ha llevado a cabo el análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo relacionada con el TB en el procedimiento penal y la revisión de la literatura científica internacional relativa al tema en cuestión.

Procedimiento

Mediante la selección de una búsqueda extraída de la base de datos jurídica Aranzadi instituciones, se realizó un análisis de casos sobre la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo. Se introdujeron, en el campo “Texto”, los términos ‘Trastorno bipolar’ y ‘Psicosis maníaco-depresiva’, realizando una búsqueda por cada término. En el campo “Tribunal”, se seleccionó ‘Tribunal Supremo’. La fecha de búsqueda comprendió del 01 de enero de 1990 al 15 de agosto de 2021. En el campo “Tipo de Resolución”, se introdujo la opción ‘sentencia’. En el campo “Jurisdicción/procedimiento”, se introdujo la opción ‘Penal’.

Para la revisión de la literatura científica clínica y psicolegal, se introdujeron y combinaron los siguientes términos en las bases de datos MEDLINE, PubMed y Google Académico: Trastorno Bipolar, Psicosis Maníaco-Depresiva, Repercusiones Forenses, Implicaciones Legales, Bipolar Disorder, Manic Depressive Psychosis, Forensic Implications, Legal Repercussions. Estos términos fueron utilizados con distintas combinaciones entre ellos, aplicando los marcadores booleanos OR e Y para realizar estas combinaciones. Se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias para encontrar artículos adicionales.

Criterios de selección

El criterio para la selección de sentencias fue que el acusado tuviera un diagnóstico, inequívoco y aceptado por el Tribunal, de TB o Psicosis maníaco-depresiva, siendo este diagnóstico contemplado en la fundamentación jurídica. Se excluye de la selección, las sentencias duplicadas y aquellas sentencias que aparecieron en la búsqueda pertenecientes a la Sala de lo Militar. En relación con la literatura científica clínica y psicolegal, se seleccionó aquella comprendida entre el 2000 y el 2021, intentando que la gran mayoría de las referencias primarias y estudios empíricos se encontraran dentro de los últimos 10 años, y escrita en

español, inglés y francés. Solo se incluyen artículos revisado por pares. Se excluyen Trabajos fin de Grado y Trabajos fin de Máster.

Muestra

Al realizar la búsqueda de sentencias con las condiciones expuestas en el apartado Procedimiento y con el término ‘Trastorno bipolar’, aparecieron 69 sentencias y, al introducir el término ‘Psicosis maníaco-depresiva’, 39 sentencias. En total fueron 108 sentencias, nueve de ellas repetidas puesto que presentan ambos términos en el texto de la sentencia. Así pues, se obtuvo un conjunto total de 99 sentencias. Después de filtrarlas a través de los criterios de selección, se eliminaron 47 sentencias consideradas irrelevantes, quedando una muestra de 52 sentencias relevantes.

La Tabla 1 presenta la muestra de sentencias seleccionadas. En ella, se recogen las variables consideradas más relevantes: Año, Sentencia, Sexo, Diagnóstico, Comorbilidad, Tipo de Delito, Modificación de Responsabilidad Penal, Medidas, Antecedentes y Delitos cometidos en grupo o en solitario. Entre estas variables, encontramos algunas de carácter dicotómico (Sexo, Antecedentes, Medidas y Delitos cometidos en grupo o en solitario), mientras que el resto presenta una mayor variabilidad en los valores obtenidos (Comorbilidad, Tipo de Delito, Modificación de Responsabilidad Penal) y, en algunos casos, aporta información adicional si se expone el articulado correspondiente junto a la modificación de Responsabilidad Penal, o si entre las Medidas impuestas se contempla el internamiento del acusado en centro psiquiátrico penitenciario o tratamiento externo.

En el gráfico de la Figura 1, se aprecia la distribución temporal de las sentencias, encontrándose, en la década de los noventa (de 1990 a 1999), diez sentencias relevantes para el estudio; en la primera década del cambio de siglo (de 2000 a 2009), veinte sentencias relevantes; y en la última década (hasta el 15 de agosto de 2021), veintidós sentencias relevantes.

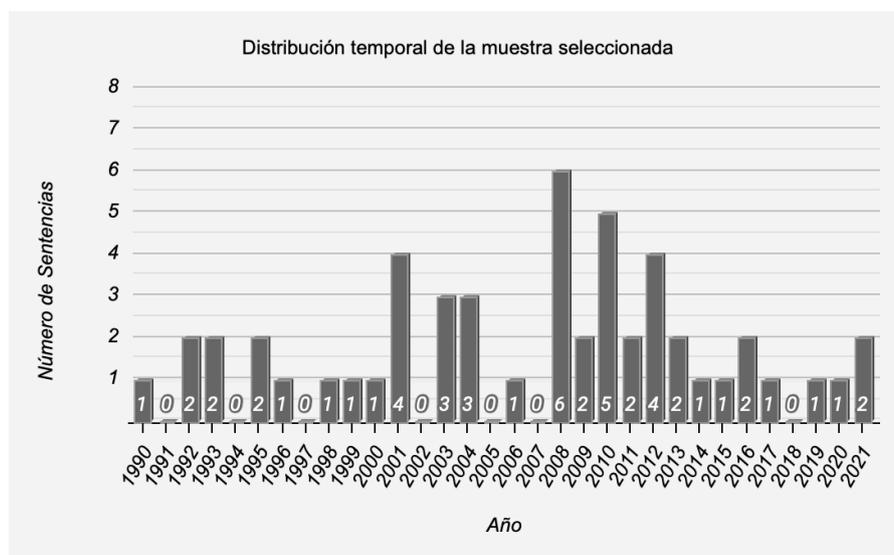


Figura 1 Distribución temporal de la muestra seleccionada.

Nota: En el gráfico se puede observar la distribución temporal de las 52 sentencias relevantes encontradas, desde el 1 de enero de 1990 al 15 de agosto de 2021.

Posteriormente, debido a la amplitud de valores que aparecen en algunas de las variables, se decidió recodificar aquellas no dicotómicas, agrupando dichos valores en un máximo de tres opciones. La recodificación de todas las variables y valores se resume en la Tabla 1 .

Tabla 1
Recodificación de las variables y de los valores.

Variable	Valores
Sexo	Hombre
	Mujer
Antecedentes	Sí
	No
	No consta
Comorbilidad	No
	Eje I
	Eje II
Consumo de tóxicos	Sí
	No
Tipo de delito	Contra las personas
	Delitos sexuales
	Contra la ordenación legal
Responsabilidad penal	Responsabilidad plena
	Eximente completa
	Otros (eximentes incompletas, atenuantes)
Tratamiento	No alusión
	Internamiento psiquiátrico
	Tratamiento externo
Medidas	Sí
	No
Delitos cometidos en	Solitario
	Grupo

Nota: Variables dicotómicas: Sexo, Consumo de tóxicos, Medidas, Delitos cometidos en. Variables codificadas: Antecedentes, Comorbilidad, Tipo de delito, Responsabilidad penal, Tratamiento

Aproximación clínica al Trastorno Bipolar

Características generales

El TB es un trastorno crónico recurrente caracterizado por fluctuaciones en el estado de ánimo y la energía. Afecta a más del 1 % de la población mundial, independientemente de su nacionalidad, origen étnico o estatus socioeconómico (Grande et al., 2016) y representa al 10-

15 % de todos los trastornos del estado de ánimo, estando su edad de inicio estimada a los 25 años (Baldessarini et al., 2012; Vázquez et al., 2012).

Para el diagnóstico de TB Tipo I, es necesario que se cumplan aquellos criterios que determinan un episodio maníaco, mientras que el TB tipo II se caracteriza por la presencia reciente o pasada de un episodio hipomaníaco y de un episodio depresivo mayor (DSM-5; APA, 2013). Atendiendo a los criterios de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), la American Psychological Association engloba, dentro del título “Trastorno bipolar y trastornos relacionados”, siete categorías distintas (Trastorno bipolar I, Trastorno Bipolar II, Trastorno ciclotímico, Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado).

En las personas con TB son comunes los síntomas de aumento en la actividad y la impulsividad, así como dificultades en la concentración e irritabilidad, descenso en la necesidad de dormir, verborrea, grandiosidad, fuga de ideas, agitación psicomotora, viéndose inmiscuidos en ocasiones en conductas potencialmente peligrosas. La experimentación de un episodio de manía es necesaria para el diagnóstico de TB tipo I, siendo este tipo de TB el equivalente del trastorno maníaco depresivo o psicosis afectiva, descrita en el siglo XIX, aunque ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos para el diagnóstico del TB tipo I. Sin embargo, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas (DSM-5; APA, 2013).

Para diagnosticar TB tipo II es necesaria la presencia, a lo largo de la vida, de al menos un episodio de depresión mayor y un episodio hipomaníaco. La larga duración de la depresión y el gran deterioro en el funcionamiento laboral y social, debido a las fluctuaciones de humor, hace que ya no se considere una dolencia con menor repercusión que el TB tipo I (DSM-5; APA, 2013).

Existen síntomas esenciales compartidos tanto por la hipomanía como por la manía, como el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, acompañado del aumento persistente de la actividad o energía, a los que se suman tres o más síntomas diversos, tales como autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distraibilidad, agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. Para poder diferenciar ambos síndromes habría que prestar atención a su duración, al menos una semana para manía y de al menos 4 días para hipomanía, y al impacto funcional o deterioro que produce en la persona y en sus áreas vitales. Por otro lado, la necesidad de hospitalización (sea cual sea su duración) y/o la presencia de síntomas psicóticos son exclusivas del episodio maníaco (DSM-5; APA, 2013). En una revisión de la literatura científica realizada por Pompili et al., (2013) hallaron que el riesgo de suicidio entre los pacientes con TB era hasta de entre 20 y 30 veces mayor que el de la población general. En el DSM 5 se expone que la degradación autolítica es de 15 veces mayor, teniendo al menos un tercio de ellos un historial de suicidio contrastado, con un 36,3 % para TB tipo I y 32,4 % para TB tipo II. En lo que respecta a la funcionalidad, al menos un 30 % presentan una interferencia significativa. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres

tienen mayor tendencia a sufrir ciclos rápidos y a presentar más episodios depresivos y mixtos. No parece existir diferencia entre mujeres y hombres en el tipo I, aunque algunas muestras clínicas indican que el TB tipo II es más frecuente en mujeres que en hombres (DSM-5; APA, 2013).

La ciclación rápida (alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo) presenta como rasgo principal periodos de síntomas hipomaníacos y periodos de síntomas depresivos, ambos persistentes y con una duración de al menos dos años, y ningún intervalo libre que dure más de dos meses. Los síntomas hipomaníacos y depresivos no deben cumplir los criterios para diagnosticar un episodio de manía, hipomanía o depresión mayor (DSM-5; APA, 2013).

Comorbilidad

Los trastornos comórbidos más frecuentes son los relacionados con los trastornos de ansiedad (ataques de pánico, fobia social o específica, etc.), presentes aproximadamente en el 75 % de los pacientes con TB. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de conducta, suele encontrarse en un 50 % de las personas diagnosticadas con TB, los trastornos por consumo de sustancias aparecen en el 37 % de los pacientes con TB tipo II y en el 50% de pacientes con TB tipo I. Mientras que el trastorno de conducta alimentaria se encuentra en un 14 % de los pacientes con TB (DSM-5; APA, 2013).

En estudios actuales encontramos datos parecidos, dónde los trastornos de ansiedad son la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en las personas con TB. Aproximadamente el 70-90 % de las personas con TB cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social o el trastorno de pánico (Yapici Eser et al., 2018). Alrededor del 30-50 % de los adultos con TB tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno por consumo de alcohol, y el 25-45 % cumplen los criterios para el TDAH (Messer et al., 2017; Onyeka et al., 2019). Los trastornos de la personalidad (20-40 %) y el trastorno por atracón (10-20 %) también se reconocen como comunes en las personas con TB (McElroy, et al., 2018).

Prevalencia

Un estudio realizado sobre 61.392 adultos de comunidades pertenecientes a once países de América, Europa y Asia encontró una prevalencia total a lo largo de la vida del 0,6 % para el TB tipo I, del 0,4 % para el TB tipo II y del 1,5 % para el trastorno del espectro bipolar (Merikangas et al., 2011).

En España, se estima una prevalencia que alcanza unos 70 casos por cada 100.000 habitantes (Criado-Álvarez et al., 2000), aunque el estudio de la incidencia de dicho trastorno se ve dificultado por los problemas en el diagnóstico de los primeros episodios afectivos, pudiendo producirse variaciones estimadas entre un 1,6 % y un 6,2 % por 100.000 por año (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Etiología

En cuanto a la etiología, los estudios sobre gemelos indican que la heredabilidad de los TB se da entre un porcentaje del 60 al 80 % (Fabbri, 2020; Johansson et al., 2019). El TB tipo

I está altamente correlacionado genéticamente con la esquizofrenia, y el TB tipo II está altamente correlacionado genéticamente con el Trastorno Depresivo Mayor.

Una nueva tecnología que podría proporcionar información sobre la patogénesis de los TB y el mecanismo de acción de los tratamientos para los TB son las células madre pluripotentes inducidas o iPSC (Wang et al., 2020). Las células madre pluripotentes derivan de células somáticas fácilmente accesibles (por ejemplo, la mucosa bucal). Las pruebas preliminares obtenidas mediante el uso de esta tecnología sugieren que la disfunción mitocondrial podría ser relevante para la patogénesis de los TB. Estas observaciones con iPSC concuerdan con los resultados de los estudios que utilizan la espectroscopia de resonancia magnética, que también han implicado alteraciones de la función mitocondrial en los TB (Andreazza et al., 2018; Brown et al., 2014).

Por otro lado, en las últimas décadas se ha prestado atención al papel de los factores psicosociales como facilitadores y predisponentes en la enfermedad, así como su contingencia con el inicio y curso de la enfermedad (Bender & Alloy, 2011). Los antecedentes de maltrato infantil en adultos con TB se asocian a una edad más temprana de inicio de la enfermedad (Post et al., 2016). En comparación con la ausencia de antecedentes, los relacionados al maltrato en la infancia se asocian con síntomas depresivos más graves, tasas más altas de suicidio, una presentación más compleja de la enfermedad (p. ej., ciclos rápidos y suicidio), tasas más altas de comorbilidades (p. ej., ansiedad, obesidad y trastornos por uso de sustancias) y una menor respuesta al tratamiento en los TB (Al-Haddad et al., 2019; Post et al., 2015). Las personas con TB interpretan de una forma negativa todos aquellos cambios estresantes, siendo esta interpretación una de las causas para la disforia, desesperanza y la incapacidad para resolver problemas.

Por tanto, el carácter complejo del origen del TB implica factores de diferente tipo, como la predisposición genética, neurobiológicos, relacionados con el ambiente y médicos, y factores psicosociales. Cada factor mencionado trae consigo consecuencias a nivel del sistema nervioso central, lo que puede conllevar repercusiones en el ámbito familiar, escolar, laboral y social (Ramírez Vargas et al., 2020).

Curso

La edad media de comienzo para el TB tipo I es aproximadamente de 18 años y suele comenzar con un primer episodio maníaco o hipomaníaco, mientras que el TB tipo II, aunque aparece en la adolescencia tardía o en la adultez, su edad media de aparición es a los 20 años y suele iniciarse con un episodio depresivo, no reconociéndose como TB tipo II hasta que aparece un episodio hipomaníaco. El número de episodios a lo largo de la vida (tanto de hipomanía como de depresión mayor) tiende a ser superior en el TB tipo II que el Trastorno Depresivo Mayor o el TB tipo I. Sin embargo, los pacientes con TB tipo I experimentan síntomas hipomaníacos con mayor probabilidad que los pacientes con TB tipo II. El intervalo interepisódico en el curso del TB tipo II tiende a disminuir con la edad. Aunque el episodio hipomaníaco es el rasgo que define al TB tipo II, los episodios depresivos son más duraderos y discapacitantes a la larga (DSM-5; APA, 2013).

El TB suele presentarse de manera temprana, generalmente con la irrupción de un trastorno depresivo brusco con intervalos de remisión posterior, que tiende a repetirse en el

tiempo, independizándose gradualmente de los detonantes externos y, adquiriendo mayor intensidad y duración a lo largo del tiempo, con periodos de sintomatología subsindrómica leve en los periodos interepisódicos (Baldessarini et al., 2012). Esta descripción general corresponde al mayor porcentaje de pacientes bipolares. Sin embargo, no debe perderse de vista que el inicio y el curso de la enfermedad puede ser tan variado y diferente como los múltiples subtipos clínicos. Asimismo, las pruebas clínicas apoyan su evolución desde las fases prodrómicas (preclínicas) hacia fases más graves y resistentes al tratamiento (Vieta et al., 2011). Además, los estudios que examinan la respuesta al tratamiento revelan que tanto los tratamientos psicológicos como los tratamientos farmacológicos son más eficaces si se aplican en las fases iniciales (Berk et al., 2011; Joyce et al., 2016).

Más del 90 % de las personas que presentan un episodio maníaco, tienen probabilidad de desarrollar episodios recurrentes. Aproximadamente el 60 % de los episodios maníacos ocurren inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor. Entre el 5 y el 15 % de personas con TB presenta numerosos episodios de alteración en el humor (al menos 4 o más) se marcan con el especificador de cicladores rápidos. El intervalo entre los cambios de humor desciende con los años (DSM-5; APA, 2013).

Evaluación

A la hora de plantear la evaluación, se ha de tener en cuenta el diagnóstico diferencial con los siguientes trastornos: Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo, Depresión Mayor Recurrente, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Ciclotímico, Abuso de Sustancias y Trastornos Mentales Orgánicos. También han de valorarse las posibles causas iatrogénicas derivadas de la medicación. Así pues, debería llevarse a cabo una evaluación exhaustiva del paciente que incluya la intensidad sintomática, funcionamiento global, comorbilidad, sustancias de abuso, riesgo autolítico, eventos estresores o traumáticos, patrones de afrontamiento, historia familiar, etc., además del diagnóstico diferencial, la evaluación somática y la evaluación del entorno (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

La evaluación clínica puede abordarse desde múltiples frentes, para de este modo poder establecer un buen diagnóstico orientado a planificar un tratamiento adaptado a la singularidad del caso. De igual modo, cuando la evaluación tenga lugar en un contexto forense, se buscará obtener un conocimiento lo más exacto posible de la psicopatología del individuo y la afectación en su nivel de funcionamiento, buscando dar una respuesta a la demanda judicial o letrada respecto a una cuestión jurídica concreta. El objetivo será la exploración de síntomas, el diagnóstico, el análisis de comorbilidad, las consecuencias en el funcionamiento psicosocial, el análisis de la demanda (si la hubiera), la historia del problema, el análisis de factores asociados y/o mantenimiento del problema, las características del paciente/cliente y su contexto relevantes para la comprensión y tratamiento del caso, la formulación del caso y entrevista de devolución, y la evaluación del proceso terapéutico y evaluación de la eficacia del tratamiento (Muñoz, 2003).

En la Tabla 2 se presentan los principales instrumentos de evaluación según los datos del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012).

Tabla 2*Instrumentos psicométricos utilizados para el cribado diagnóstico y seguimientos del TB.*

Screening o cribado del Trastorno Bipolar			
MDQ (<i>Mood Disorder Questionnaire</i>): cuestionario de Trastornos del Humor			
HCL-32 (<i>Hypomania Symptom Checklist</i>): listado de Síntomas de Hipomanía-32			
Ayuda Diagnóstica			
SCID-I (<i>Structured Clinical interview for DSM-IV</i>)			
MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)			
Instrumentos para medir síntomas del trastorno bipolar			
Depresión	Psicosis y Manía	Estado Clínico Global	Impacto
<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>	CARS-M (<i>Clinical Administrated Rating Scale for Mania</i>)		FAST (<i>Functional Assessment Short test</i>) Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento
MADRS (<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>)	PANSS (<i>Positive and Negative Symptoms Scale</i>)	CGI-BP-M (<i>Clinical Global Impression for Bipolar Modified</i>)	SF-36 (Escala genérica con la que se evalúa tradicionalmente la calidad de vida)
BDI (Inventario de Depresión de Beck)			
Manía	Adaptación Funcional	Comorbilidad	
MAS (<i>Bech-Rafaelsen, Mania Scale</i>)	FAST (<i>Functional Assessment Short test</i>) Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento	BEDS (<i>Bipolar Eating Disorder Scale</i>) Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar	
YMRS (<i>Young Mania Rating Scale</i>)		BIS-11 (<i>Barrat Impulsiveness Scale</i>)	
		PRISM (<i>Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders</i>)	
		COS (Cuestionario Oviedo del Sueño)	

Nota: Tabla modificada de la Guía de Práctica Clínica sobre TB (Grupo de Trabajo de la Guía Práctica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

En la evaluación del TB pueden ser necesarias varias entrevistas para poder realizar una evaluación completa que nos permita conocer mejor la historia del trastorno, y ampliar el conocimiento de los antecedentes personales y familiares del paciente. Cuando ha existido una fase maníaca, en general va acompañada de hospitalización, y el paciente suele asociarlo a la anamnesis. Sin embargo, los síntomas hipomaniacos son menos graves y, a menudo, no cursan con disfunción social o laboral significativas, ni motivan un ingreso. El aumento de la actividad, de la energía y de la productividad puede no ser visto por el paciente como algo negativo, y no lo refiere al realizar la historia clínica. Por ello, el contraste con distintas fuentes de información, familiares, psicólogos sanitarios, psiquiatras, se hace completamente necesario si se trata de una evaluación pericial. Es conveniente el uso de screening y el de entrevistas semiestructuradas

y/o estructuradas que contribuyan a la realización de un diagnóstico diferencial. Además, es beneficioso completar la evaluación con instrumentos de intensidad sintomatológica y de impacto en la vida diaria, así como de la funcionalidad.

Habitualmente el TB es subdiagnosticado al considerarse inicialmente como una depresión unipolar, no existiendo consenso entre los investigadores en lo relativo a los umbrales diagnósticos. El retraso en la detección tiene su eco en la aplicación de un mal tratamiento durante años, lo que causa un impacto directo en el curso de la psicopatología y en el bienestar de la persona, siendo esencialmente importante este punto ya que el suicidio de personas diagnosticadas de TB ocurre con mayor frecuencia durante la primera década del curso del trastorno, existiendo mayor riesgo de suicidio en las personas con TB tipo II que en aquellas con depresión unipolar e incluso mayor que en los casos de TB tipo I (Nordentoft et al., 2011). Kessing et al. (2017) informaron de una tasa de cambio de diagnóstico de trastorno depresivo mayor a TB del 20-30% en un plazo de 3 años.

Las elevadas tasas de omisión del diagnóstico de los TB y la transición longitudinal del trastorno depresivo mayor a los TB, impulsan el cribado rutinario y sistemático de los TB en todos los pacientes que presentan sintomatología depresiva. Se han validado varias herramientas de cribado de autoinforme para los TB y se han puesto a disposición sin coste alguno en varios idiomas (Youngstrom et al., 2018).

Estas herramientas de cribado están pensadas para su uso en el punto de atención y, si son positivas, invitan a realizar una evaluación clínica cuidadosa y exhaustiva de los TB. En el contexto forense, un error diagnóstico supondría sin duda una inadecuada orientación al respecto del objeto de la pericial solicitada, con el consiguiente perjuicio para las personas implicadas.

Intervención/tratamiento

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012), se recomienda como tratamiento farmacológico de los episodios agudos maníacos, hipomaníacos o mixtos y para el mantenimiento y la prevención de recaídas, el litio, los anticonvulsivos y antipsicóticos entre otros, además de los antidepresivos cuando existen episodios agudos depresivos. Dentro de los tratamientos biológicos también encontramos la Terapia Electroconvulsiva, la Estimulación del Nervio Vago y la Fototerapia. La intervención psicosocial en el tratamiento de TB es otra de las partes imprescindibles, existiendo evidencia respecto a la Terapia Cognitivo-Conductual, la Psicoeducación, la Intervención familiar, la Terapia interpersonal y de ritmos sociales y la Terapia psicológica para personas con TB y comorbilidad con trastorno por consumo de sustancias.

A pesar de que la intervención con el TB engloba aspectos ambientales y biológicos, y que en los últimos años se han desarrollado terapias con evidencia empírica basadas en el modelo vulnerabilidad-estrés, debería abordarse desde un punto de vista holístico, teniendo en cuenta en todo momento la idiosincrasia del individuo y, por tanto, debería elegirse el tratamiento más adecuado para cada caso, valorando las diferentes vías de intervención que en muchas ocasiones son complementarias entre sí (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Evolución al DSM-5 y al CIE 11

Las principales novedades agregadas comprenden la incorporación de parámetros dimensionales para la evaluación de los síntomas, la posibilidad de diagnosticar cuadros subumbrales del espectro bipolar, la consideración de nuevos especificadores de curso como los síntomas mixtos, la desaparición del diagnóstico de episodio mixto, y el aumento del umbral para el diagnóstico de hipomanía. No obstante, el cambio más destacable es la separación del TB del apartado Trastornos del ánimo, convirtiéndose en una nueva categoría llamada Trastorno bipolar y otros relacionados, diferenciada de los Trastornos depresivos. Además, al desaparecer la categoría episodio mixto, pasando a convertirse en el especificador Con características mixtas, facilita el diagnóstico de depresión unipolar con síntomas maníacos sin que la persona padezca un TB (de Dios et al., 2014).

Por un lado, tenemos la distribución separada de los trastornos del ánimo en el DSM-5 (APA, 2013; trastornos depresivos y TB). Por otro lado, en la CIE-11, se reúnen los trastornos del ánimo en una sola categoría, que se subdivide, a su vez, en depresivos y bipolares, encontrando cambios como la inclusión de los términos remisión parcial y remisión total, la desaparición del episodio maníaco fuera del TB, también se incluye la categoría diagnóstica de los TB tipo I y II, y la ciclotimia queda incluida en los TB como Trastorno Ciclotímico (Rodríguez & de Lara, 2021).

Abordaje psicolegal

Numerosos estudios epidemiológicos han evaluado la frecuencia de los actos delictivos entre los pacientes con TB (Látalová, 2009). Sin embargo, varias cuestiones metodológicas, como los sesgos de inclusión (poblaciones heterogéneas) y los sesgos de evaluación (evaluaciones diagnósticas variables), dificultan la obtención de conclusiones claras (Fovet et al., 2015).

No obstante, en un estudio longitudinal sobre la incidencia de delitos violentos (definidos como cualquier homicidio, agresión, robo calificado, incendio provocado, agresión sexual o amenaza), realizado en Suecia desde el 1 de enero de 1973 hasta el 31 de diciembre de 2004, utilizando datos de los registros nacionales suecos, identificaron a 3.743 pacientes con TB y los compararon con otros 37.429 individuos de la población general y con 4.059 participantes, estos últimos hermanos de sujetos con TB. Los autores observaron que el 8,8 % de los pacientes con TB cometieron un delito violento después del diagnóstico, en comparación con sólo el 3,1 % de los participantes de control no afectados. El riesgo se limitó principalmente a los pacientes con comorbilidad por abuso de sustancias. El aumento del riesgo fue mínimo en los pacientes sin comorbilidad de abuso de sustancias. No se encontraron diferencias en las tasas de delitos violentos por subgrupos clínicos, maníacos frente a depresivos o psicóticos frente a no psicóticos (Fazel et al., 2010). Por lo tanto, parece que la incidencia de los delitos violentos es mucho mayor entre los pacientes con TB que en la población general, incluso cuando se tienen en cuenta numerosos factores sociodemográficos (por ejemplo, los ingresos del hogar, el estado civil y la condición de inmigrante). Otros estudios han informado de resultados similares (Corrigan & Watson, 2005; Pulay et al., 2008).

A pesar de que Fazel et al. (2010) no encontraron diferencias significativas en la incidencia de delitos violentos entre los pacientes en la fase maníaca y los pacientes en la fase depresiva o entre los que tenían síntomas psicóticos y los que no los tenían, otros hallazgos sugieren que los pacientes con TB muestran mayores tasas de ira y comportamientos agresivos, especialmente durante los episodios agudos y psicóticos (Ballester et al., 2012). Además, varios estudios han propuesto perfiles de riesgo clínico de actos delictivos entre los pacientes con TB, que además presentan trastornos comórbidos por uso de sustancias u otros trastornos mentales, o aquellos con un inicio temprano de la enfermedad (Large & Nielssen, 2011; Mueser et al., 2006; Nielssen et al., 2012; Perlis et al., 2004).

En cuanto a la comorbilidad por el uso de sustancias, un estudio realizado por Fovet et al. (2015) encontró que en pacientes con TB la frecuencia de actos delictivos violentos es mayor que en la población general y que la frecuencia es mayor entre los pacientes con TB y un trastorno comórbido por consumo de sustancias que entre los que no tienen ninguno de los dos trastornos. De hecho, son varios los estudios que indican que existe mayor riesgo de cometer delitos violentos cuando la persona con TB presenta comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias (Graz et al., 2009; Le Strat, 2010; McDermott et al., 2007).

Por lo tanto, los pacientes con TB deberían ser examinados a fondo en busca de trastornos adictivos para identificar su riesgo de cometer actos delictivos (Fazel et al., 2010). El cribado es importante debido a la alta prevalencia de trastornos adictivos comórbidos entre los pacientes con TB. De hecho, se ha descubierto que entre el 25 % y el 26 % de estos pacientes cumplen los criterios de al menos un trastorno por consumo de sustancias, incluido el alcohol (Le Strat, 2010). Los trastornos adictivos comórbidos son tan comunes que algunos autores consideran el consumo de alcohol como un síntoma del TB (Bizzarri et al., 2007; Camacho y Akiskal, 2005; Geoffroy et al., 2012). Por lo tanto, es difícil estudiar el TB sin considerar también la adicción. Además, el pronóstico es malo para los pacientes con TB que tienen un trastorno comórbido por consumo de sustancias; estos pacientes tienen un mayor riesgo de suicidio, son menos adherentes al tratamiento y son hospitalizados con más frecuencia que los pacientes con TB que no tienen un trastorno comórbido por consumo de sustancias (Le Strat, 2010).

En relación con los trastornos de la personalidad, la asociación entre el TB y los actos delictivos no se limita a los períodos de síntomas agudos o a la presencia de trastornos adictivos comórbidos. La presencia de un trastorno de la personalidad también puede tener un efecto sobre la conducta delictiva. De hecho, varios estudios han demostrado que, entre los pacientes con TB, aquellos con trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno antisocial de la personalidad) poseen un mayor riesgo al comportamiento violento y antisocial (Yu et al., 2012). La coexistencia del TB y el trastorno antisocial de la personalidad se asocia con un aumento de la impulsividad, que podría conducir a un mayor riesgo de cometer actos delictivos (Swann, 2011).

Así pues, la conducta agresiva en el TB ocurre principalmente durante los episodios maníacos, pero sigue siendo elevada en los pacientes eutímicos en comparación con los controles. El riesgo de comportamiento violento aumenta por la comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos por consumo de sustancias. Estas comorbilidades son frecuentes. El trastorno límite de la personalidad y el TB están relacionados en su fenomenología y respuesta a la medicación. Estos dos trastornos

comparten una tendencia a la impulsividad, y el comportamiento impulsivo, incluyendo la agresión impulsiva, se expresa particularmente cuando coexisten (Volavka, 2014).

Resultados

La muestra de sentencias seleccionada (Tabla 3) presenta predominio de imputados varones, cuarenta y seis hombres frente a seis mujeres. Del total de encausados, sólo seis de ellos tenían antecedentes penales, veintinueve delinquirían por primera vez y en diecisiete sentencias no constaban los antecedentes. Todos ellos presentaban TB demostrado a través de los equipos técnicos psicosociales, de informes psiquiátricos o informes de parte aceptados por el tribunal.

Tabla 3

Sentencias relevantes y variables utilizadas en el presente estudio.

Nº	AÑO	SENTENCIA	SEXO	DIAGNÓSTICO	COMORBILIDAD	TIPO DE DELITO	MODIFICACIÓN RESPONSABILIDAD PENAL	MEDIDAS	ANTECEDENTES
1*	2021	STS 47/2021 de 21 de enero.	V	Trastorno bipolar no especificado	Trastorno compulsivo y adaptativo de conducta, discapacidad del 68 %	Blanqueo de capitales	Eximente completa	Absuelto	No consta
2	2021	STS 524/2021 de 16 de junio.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Intento de Asesinato	Concurrencia de la circunstancia de exención de la responsabilidad criminal de anomalía o alteración psíquica del art. 20.1 del C. Penal.	Absuelto con internamiento o para tratamiento médico	NO
3	2020	STS 2020/414 de 28 de enero.	M	Trastorno bipolar grave	NO	Falsedad documental	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	NO
4	2019	STS 378/2019 de 23 de julio.	V	Trastorno bipolar I	NO	Abusos sexuales a menores	Exención de la responsabilidad criminal de anomalía o alteración psíquica	Internamiento o para tratamiento médico	NO
5	2017	STS 567/2017 de 13 de julio.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Estafa	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	NO
6*	2016	STS 60/2016 de 4 de febrero.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Violación, robo y lesiones	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	SI
7	2016	STS 646/2016 de 14 de julio.	V	Trastorno bipolar no especificado	Trastorno obsesivo-compulsivo	Asesinato en grado de tentativa, incendio, amenazas y lesiones psíquicas.	Atenuante de alteración psíquica, catalogable como atenuante por analogía en virtud de lo dispuesto en los arts. 20.1º y 21.7a del Código Penal	Penas de prisión	No consta
8	2015	STS 16/2015 de 20 de enero.	V	Trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar no especificado.	Trastorno de personalidad paranoide.	Delito de incendio forestal	Eximente incompleta de alteración psíquica del artículo 21.1 en relación con el 20.1 del CP	Penas de prisión	NO
9	2014	STS 318/2014 de 11 de abril.	V	Trastorno bipolar no especificado	Trastorno depresivo mayor	Malversación de fondos públicos	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	NO

10	2013	STS 66/2013 de 25 de enero.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Tentativa de asesinato, maltrato habitual y dos delitos de amenazas	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	No consta
11*	2013	STS 180/2013 de 1 de marzo.	M	Trastorno bipolar no especificado	Trastorno adictivo a la cocaína	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	No consta
12	2012	STS 361/2012 de 14 de mayo.	V	Trastorno bipolar no especificado	Adicción a sustancias (alcohol)	Tentativa de asesinato	Semi eximente de anomalía psíquica del artículo 21.1 en relación con el 20.1, 68, 99, 101 y 104 del Código Penal	Pena de prisión	NO
13	2012	STS 418/2012 de 30 de mayo.	V	Trastorno bipolar tipo II	NO	Lesiones agravadas por el uso de arma blanca	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	NO
14*	2012	STS 503/2012 de 5 de junio.	V	Trastorno bipolar no especificado	Retraso mental leve	Contra la salud pública por sustancias	Eximente incompleta de enajenación mental, art. 21.1 en relación con el art. 20.1 del Código Penal	Pena de prisión,	NO
15*	2012	STS 764/2012 de 9 de octubre.	V	Trastorno bipolar no especificado	Adicción a sustancias (drogas y alcohol)	Contra la salud pública por sustancias	Atenuante de alteración psíquica art. 20.1 en relación con el art. 21.1 y grave adicción a drogas y alcohol art. 202. en relación con el art. 21. 2 del C. Penal	Pena de prisión	SI
16*	2011	STS 544/2011 de 7 de junio.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	No consta
17	2011	STS 651/2011 de 29 de junio.	V	Trastorno bipolar no especificado	Consumo de sustancias, cocaína	Lesiones	Atenuante analógica de drogadicción	Pena de prisión	NO
18	2010	STS 95/2010 de 12 de febrero.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Delito de quebrantamiento de medida cautelar y delito contra la integridad moral, con agravante de parentesco	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	NO
19*	2010	STS 389/2010 de 20 de abril.	V	Trastorno bipolar no especificado	Consumo de sustancias, cocaína	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	NO
20	2010	STS 482/2010 de 4 de mayo.	V	Trastorno afectivo bipolar	Consumo de tóxicos	Asesinato en concurso medial con quebrantamiento de condena	Eximente de alteración psíquica	Internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario	Antecedentes penales cancelados
21	2010	STS 592/2010 de 20 de mayo.	V	Trastorno bipolar no especificado	Consumo de sustancias psicotrópicas	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	NO
22	2010	STS 890/2010 de 8 de octubre.	V	Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar	NO	Contra la seguridad del tráfico, homicidio y lesiones	Eximente completa de alteración psíquica	Internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario	NO

23	2009	STS 895/2009 de 11 de septiembre.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Homicidio y lesiones en el ámbito familiar.	Eximente completa de alteración psíquica.	Internamiento en establecimiento psiquiátrico adecuado	NO
24	2009	STS 982/2009 de 15 octubre.	V	Trastorno bipolar tipo II	NO	Quebrantamiento de medida cautelar	Atenuante analógica del artículo 21.6 en relación con el 21.1 y el 20.1, todos del Código Penal	Pena de multa de doce meses	NO
25	2008	STS 38/2008 de 17 de enero.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Asesinato en grado de tentativa	Eximente del artículo 20-1º del Código Penal (RCL 1995, 3170 y RCL 1996, 777) por su enfermedad mental	Internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario	NO
26*	2008	STS 132/2008 de 12 de febrero.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Atentado cometido dentro de prisión	Eximente incompleta de enajenación mental	Pena de multa	SI
27*	2008	STS 503/2008 de 17 de julio.	V	Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar	Trastorno de la personalidad antisocial	Homicidio terrorista tanto consumado como en tentativa	Atenuante de anomalía psíquica	Pena de prisión	No consta
28*	2008	STS 521/2008 de 24 de julio.	V	Trastorno bipolar no especificado	Consumo de sustancias, Cocaína	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	No consta
29	2008	STS 717/2008 de 12 de noviembre.	V	Trastorno bipolar no especificado	NO	Abusos sexuales continuados	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	NO
30	2008	STS 846/2008 de 17 de noviembre.	V	Trastorno bipolar tipo II	NO	Violación y de allanamiento de morada, delito de agresión sexual en grado de tentativa, falta de hurto y falta de lesiones	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Pena de prisión	No consta
31*	2006	STS 1017/2006 de 26 de octubre.	V	Trastorno bipolar tipo II	NO	Fabricación de moneda falsa	Eximente incompleta de anomalía o alteración psíquica	Pena de prisión	NO
32*	2004	STS 126/2004 de 6 de febrero.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Falsificación de documento oficial	Eximente incompleta o atenuante cualificada	Pena de prisión y multa	NO
33*	2004	STS 234/2004 de 18 de febrero.	V	Trastorno afectivo bipolar	NO	Robo con fuerza en las cosas en casa habitada	Circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal del art. 21.6º en relación con el apartado primera del referido precepto y el art. 20.1º del Código Penal (RCL 1995, 3170 y RCL 1996, 777) por enfermedad mental	Pena de prisión	NO
34	2004	STS 947/2004 de 16 de julio.	M	Trastorno bipolar no especificado	NO	Estafa	Eximente incompleta de trastorno mental transitorio	Pena de prisión	SI
35*	2003	STS 189/2003 de 12 de febrero.	V	Trastorno afectivo bipolar	NO	Hurto continuado	Atenuante de enajenación mental por analogía del artículo 9, 10ª, 2ª.	Pena de prisión	NO
36	2003	STS 979/2003 de 3 de julio.	M	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Lesiones causantes de deformidad	Eximente incompleta de alteración psíquica	Pena de prisión y multa	NO

37*	2003	STS 1015/2003 de 11 de julio.	V	Psicosis depresiva de curso bipolar	NO	Abuso sexual, abuso sexual intentado y exhibición de material pornográfico	Atenuante análoga de alteración psíquica	Penas de prisión	No consta
38	2001	STS 1155/2001 de 16 de junio.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Homicidio por imprudencia grave	Eximente de enajenación mental	Medida de tratamiento externo en centro médico y la privación del derecho a conducir	NO
39*	2001	STS 1179/2001 de 20 de julio. RC 491/200.	V	Trastorno afectivo bipolar	NO	Asesinatos	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	NO
40	2001	STS 1581 /2001 de 14 de septiembre.	M	Trastorno afectivo bipolar	NO	Imprudencia temeraria	Eximente incompleta de trastorno mental transitorio	Penas de tres meses de arresto mayor	NO
41*	2001	STS 2002/2002 de 31 de octubre.	V	Trastorno esquizoafectivo bipolar	NO	Abuso sexual continuado	Eximente incompleta de anomalía psíquica	Penas de prisión	SI
42	2000	STS 154/2000 de 4 de febrero.	V	Trastorno bipolar	Dependencia de alcohol	Lesiones, amenazas no condicionales, amenazas condicionales	Eximente incompleta de alteración psíquica	Penas de prisión y arresto domiciliario	NO
43*	1999	STS 1743/1999 de 9 de diciembre.	V	Trastorno bipolar, psicosis maníaco-depresiva	NO	Delitos relativos a la prostitución	Eximente completa	Absuelto pues no se encuentran pruebas contra el	NO
44*	1998	STS 1134/1998 de 28 de septiembre.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión y multa	NO
45	1996	STS 85/1996 de 6 de febrero.	M	Psicosis maníaco-depresiva	Adicción a los psicotrópicos, cocaína y heroína, de evolución crónica	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	No consta
46*	1995	STS 36/1995 de 22 de enero.	V	Psicosis maníaco-depresiva o Trastorno afectivo bipolar	NO	Falsedad, estafa y contrabando	Eximente incompleta de enajenación mental 1ª del art. 8 del CP.	Internamiento o en establecimiento adecuado al efecto	No consta
47	1995	STS 394/1995 de 22 de marzo.	V	Psicosis maníaco-depresiva	Abuso de sustancias, alcohol	Parricidio	Atenuante muy calificada por embriaguez, análoga a las atenuantes de embriaguez y trastorno mental transitorio incompleto	Penas de prisión	No consta
48	1993	STS 2134/1993 de 29 de septiembre	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Asesinato	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	No consta
49*	1993	STS 2313/1993 de 20 de octubre.	V	Psicosis maníaco-depresiva de carácter exógeno, provocada por consumo de cocaína.	Abuso de sustancias, cocaína.	Contra la salud pública por sustancias	Responsabilidad plena, a pesar del informe pericial	Penas de prisión	No consta

50	1992	STS sentencia de 24 de mayo de 1991.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Atentado, lesiones, conducción temeraria y daños	Eximente incompleta de enfermedad mental	No consta	No consta
51*	1992	STS 2481/1992 de 19 de noviembre.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Contra la salud pública por sustancias	Circunstancia analógica de enajenación mental	Pena de prisión y multa	No consta
52	1990	STS sentencia de 15 de marzo de 1990.	V	Psicosis maníaco-depresiva	NO	Contra la salud pública por sustancias	Atenuante analógica de enfermedad mental	Pena de prisión y multa	No consta

Nota: *Sentencias cuyo delito fue cometido por un grupo de acusados y uno de ellos está diagnosticado con Trastorno bipolar o Psicosis maníaco-depresiva. En el resto de las sentencias el delito fue cometido por una sola persona diagnosticada de Trastorno bipolar o Psicosis maníaco-depresiva

En 20 de los casos, no se especificaba el tipo de TB, sólo en cinco de los casos se diferencia entre TB tipo I y tipo II, en el resto la terminología utilizada para el diagnóstico es bastante variada, Trastorno afectivo bipolar, Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, Psicosis depresiva de curso bipolar y Psicosis maníaco-depresiva, siendo esta última terminología la más utilizada en la década de los noventa y buena parte de la primera década del dos mil. En la Tabla 4 se puede apreciar el reparto de sentencias entre las variables y sus diferentes valores:

Tabla 4

Frecuencias en los repartos del total de sentencias entre las diferentes variables y sus valores.

Variable	Valores	N	%
Sexo	Hombre	46	88,5
	Mujer	6	11,5
Antecedentes	Sí	6	11,5
	No	29	55,8
	No consta	17	32,7
Comorbilidad	No	34	65,4
	Eje I	13	25,0
	Eje II	5	9,6
Consumo de tóxicos	Sí	12	23,1
	No	40	76,9
Tipo de Delito	Contra las personas	19	36,5
	Delitos sexuales	6	11,5
	Contra la ordenación legal	27	52,0
Responsabilidad Penal	Responsabilidad Plena	19	36,5
	Eximente completa	10	19,2
	Otros (eximentes incompletas, atenuantes)	23	44,3
Tratamiento	No alusión	44	84,6
	Internamiento psiquiátrico	7	13,5
	Tratamiento externo	1	1,9
Medidas	Sí	50	96,2
	No	2	3,8
Delitos cometidos en	Solitario	30	57,7
	Grupo	22	42,3

Entre los resultados más relevantes se puede destacar, que en 34 de las sentencias (65,4 %), los encausados sufrían TB sin comorbilidad, frente a 13 sentencias (25 %) con TB comórbido con trastornos del EJE I, y 5 sentencias (9,6 %) con trastornos del EJE II (Figura 3). El abuso en el consumo de tóxicos, contemplado dentro de los trastornos pertenecientes al EJE I, se daba en 12 de los encausados (23,1 %). En los trastornos comórbidos relacionados con el EJE II se halló un Trastorno Compulsivo y Adaptativo, un Trastorno Obsesivo Compulsivo, un Trastorno de la personalidad paranoide, un Trastorno de la Personalidad Antisocial y Retraso Mental Leve.

En cuanto al tipo de delitos cometidos encontré que 19 de los encausados (36,5 %) cometieron delitos contra las personas, 6 delitos de carácter sexual (11,5 %) y los 27 restantes se realizaron contra la ordenación legal (52 %). Del total de las 33 sentencias encontradas con eximente completa, eximente incompleta o atenuantes, en tan solo once se hace referencia a los artículos del código penal. Con relación a la variable Responsabilidad Penal, el reparto de sentencias quedó con un total de 19 sentencias (36,5 %) con responsabilidad plena, 10 sentencias (19,2 %) con eximente completa y 23 sentencias (44,3 %) con otros modificadores de la responsabilidad penal. La comparativa de datos entre los tres grupos se realizó desde los porcentajes aproximados que se desprenden del total de sentencias en cada valor (Tabla 5).

La mayoría de los encausados no padece otro trastorno comórbido al TB. Aquellos encausados con comorbilidad en el EJE I son hallados en el 36,8 % (7) de los encausados con responsabilidad plena, en el 10 % (1) de aquellos con eximente completa y en el 21,7 % (5) de los que obtuvieron otros modificadores de la responsabilidad penal. La comorbilidad en el EJE II solo se dio en una de las sentencias con eximente completa (10 %), Trastorno compulsivo y adaptativo de la conducta y discapacidad del 68 %, y en el 17,4 % aproximadamente (4) de otros modificadores de la responsabilidad penal, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de personalidad paranoide, Trastorno de personalidad antisocial y retraso mental sin especificar. El consumo de tóxicos, el cual pertenecería a las comorbilidades del EJE I, se da en el 31,6 % aproximadamente (6) de los encausados imputables, frente al 21,7 % aproximadamente (5) de aquellos con otros modificadores de la responsabilidad penal y tan solo uno (10 %) de con eximente completa. En cuanto al tipo de delito, aquellos encausados con responsabilidad plena, cometieron delitos contra la ordenación legal el 63,2 % aproximadamente (12), el 21,1 % aproximadamente (4) fueron delitos contra la persona y el 15,8 % aproximadamente (3) fueron delitos sexuales. En los encausados con eximente completa se encontró que el 60 % (6), fueron delitos contra las personas, el 30 % (3) fueron contra la ordenación legal y tan solo uno (10 %) cometió delitos sexuales. Los encausados con otros modificadores de la responsabilidad penal cometieron en su mayoría (alrededor de un 52,2 %) delitos contra la ordenación legal (12), delitos contra las personas en un 39,1 % (9) y delitos sexuales en un 8,7 % (2).

En cuanto a los resultados de la comparativa entre la variable Comorbilidad y el resto de variables, se han encontrado un total de 34 sentencias (65,4 %) para el valor Sin comorbilidad; 13 sentencias (25 %) Con comorbilidad en el EJE I; y 5 sentencias (9,6 %) Con comorbilidad en el EJE II. En esta comparativa, los resultados se encontraron que un 35,3 % (12) de las sentencias Sin comorbilidad obtuvieron responsabilidad plena, frente a un 53,8 % (7) de aquellos comórbidos con el EJE I y ninguno en los comórbidos con el EJE II. El valor Eximente completo apareció en el 23,5 % (8) de los casos Sin comorbilidad, en el 7,7 % (1) de aquellos casos con Comorbilidad con el EJE I y en el 20 % (1) en comórbidos con el EJE II. La

modificación de la responsabilidad penal sucedió en el 41,2 % (14) de los encausados Sin comorbilidad, en el 38,5 % (5) de aquellos con Comorbilidad en el EJE I y en el 80 % (4) con Comorbilidad en el EJE II.

Tabla 5

Frecuencia en los repartos de sentencias con Responsabilidad Plena en la Responsabilidad Penal.

Variables	Valores	RP		EC		OTROS	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	<i>Hombre</i>	16	84,2	10	100,0	20	87,0
	<i>Mujer</i>	3	15,8	0	0,0	3	13,0
Antecedentes	<i>Sí</i>	1	5,3	1	10,0	4	17,4
	<i>No</i>	10	52,6	8	80,0	11	47,8
	<i>No consta</i>	8	42,1	1	10,0	8	34,8
Comorbilidad	<i>No</i>	12	63,2	8	80,0	14	60,9
	<i>Eje I</i>	7	36,8	1	10,0	5	21,7
	<i>Eje II</i>	0	0,0	1	10,0	4	17,4
Consumo de tóxicos	<i>Sí</i>	6	31,6	1	10,0	5	21,7
	<i>No</i>	13	68,4	9	90,0	18	78,3
Tipo de Delito	<i>Contra las personas</i>	4	21,1	6	60,0	9	39,1
	<i>Delitos sexuales</i>	3	15,8	1	10,0	2	8,7
	<i>Contra la ordenación legal</i>	12	63,2	3	30,0	12	52,2
Tratamiento	<i>No alusión</i>	19	100,0	3	30,0	22	95,7
	<i>Internamiento psiquiátrico</i>	0	0,0	6	60,0	1	4,3
	<i>Tratamiento externo</i>	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Medidas	<i>Sí</i>	19	100,0	8	80,0	23	100,0
	<i>No</i>	0	0,0	2	20,0	0	0,0
Delitos cometidos en	<i>solitario</i>	11	57,9	7	70,0	12	52,2
	<i>grupo</i>	8	42,1	3	30,0	11	47,8

Nota: RP = Responsabilidad Plena; EC = Eximente completa

En cuanto a la imputabilidad o responsabilidad plena de los encausados, se contempla como una serie de condiciones psicológicas: la capacidad de comprender lo ilícito de un hecho, al mismo tiempo que la capacidad de dirigir libremente una conducta y controlar la esfera volitiva. Se trata de la capacidad de entender y querer, lo que se traduce en capacidades cognitivas y volitivas, respectivamente (Fonseca, 2007; Vilariño et al., 2016). Estos conceptos, capacidades volitivas y cognitivas, son encontrados en las sentencias seleccionadas, aunque no

en todas se hace referencia a los mismos. Entre las expresiones utilizadas para referirse a estos conceptos, se halló: facultades volitivas e intelectivas (Sentencia n° 777/2013 del 7 de octubre); elemento intelectual del dolo y elemento volitivo (Sentencia n° 418/2012 del 30 de mayo); distorsiones de la capacidad cognitiva y merma de la capacidad de control de los vectores intencionales de la voluntad (Sentencia n° 979/2003 del 3 de julio); merma de la capacidad y voluntad (Sentencia n° 764/2012 del 4 octubre).

El 44,3 % (23) de las sentencias analizadas derivaron en una resolución que contemplaba la merma de la capacidad cognitiva o volitiva y, por tanto, se aplica la eximente incompleta del art. 21.1 C.P. por la disminución grave de sus facultades mentales, o la apreciación de la atenuante analógica del art. 21.6 C.P., por la leve afectación de estas. La referencia al articulado en las sentencias sólo aparece en 9 de las 23 sentencias que componen este 44,3 %, lo que supone que en la mayoría de las sentencias no se expresa el articulado sobre el que basan los eximentes incompletos.

La terminología utilizada para el diagnóstico del TB ha sufrido cambios a través del tiempo debido a la revisión que se ha ido haciendo de los manuales diagnósticos. Estos cambios de terminología se pueden apreciar en las sentencias seleccionadas, cuyos términos han ido variando desde Trastorno Maniaco Depresivo tipo bipolar, Trastorno Afectivo o Esquizoafectivo Bipolar en aquellas sentencias más antiguas, hasta llegar al Trastorno Bipolar Grave, Trastorno Bipolar tipo I y tipo II, aunque en las dos últimas décadas el término Trastorno Bipolar no especificado es el más utilizado.

Discusión

Como se puede apreciar en los resultados expuestos en este estudio, existe una gran diferencia entre el sexo de los encausados con TB, un 88,5 % hombres frente a un 11,5 % mujeres. Esta tendencia de desigualdad es superior, pero en la misma dirección, a la encontrada en el estudio realizado por Baldassano et al. (2005), en donde se halló que los hombres eran más propensos a tener un historial de problemas legales (36% de hombres frente a 17,5% de mujeres) lo que coincide en dirección, pero no en amplitud, con lo hallado en otro estudio en donde de las personas con TB arrestadas eran 66 % de hombres frente al 44 % de mujeres (Quanbeck et al., 2005).

En cuanto a la comorbilidad, se encontró que un 34,6 % de los encausados mostraba comorbilidad con trastornos del EJE I y el EJE II. Aproximadamente un 23,1 % de la muestra forense de este estudio, presentaba comorbilidad relacionada con abuso de sustancias (EJE I). En muestras clínicas, la Guía Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) obtiene hallazgos que coinciden con estudios más recientes, entre el 30 y el 50% de los adultos con TB tienen un trastorno por consumo de sustancias (Messer et al., 2017; Onyeka et al., 2019).

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012), las tasas de comorbilidad para trastornos del eje II, varían drásticamente dependiendo de qué instrumentos de medida se usen y en qué episodio se encuentren los pacientes con TB. Así, la comorbilidad para trastornos del EJE II puede pasar de un 38 % para los pacientes eutímicos, hasta un 89 % para aquellos en un episodio afectivo agudo. Los trastornos del clúster B (dramáticos y emocionales) y C (ansiosos y temerosos) son los trastornos de personalidad comórbidos más frecuentes en pacientes con TB. Los resultados obtenidos en el presente estudio se alejan de los

porcentajes observados en la literatura, mostrando un 9,6 % de comorbilidad con los trastornos del EJE II, encontrando comorbilidad en los tres tipos de clúster, en los que el DSM-5 (2013) divide los trastornos de la personalidad.

Varios estudios evidencian un mayor riesgo de cometer delitos violentos cuando la persona con TB presenta comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias (Fovet et al., 2015; Graz et al., 2009; Le Strat, 2010; McDermott et al., 2007).

Los resultados de este estudio reflejan que los datos relativos a los delitos contra la persona no son demasiado dispares entre aquellos encausados sin comorbilidad y los encausados comórbidos con los trastornos del EJE I y EJE II. Sin embargo, los delitos sexuales solo fueron cometidos por los encausados con TB sin comorbilidad, si contamos estos delitos como delitos violentos, encontramos que nuestros resultados apuntan a que los encausados con TB sin comorbilidad cometen más delitos violentos que los que tienen comorbilidades tanto en el EJE I como en el EJE II.

En materia de imputabilidad, en el trastorno bipolar pueden darse supuestos susceptibles de modificación de la responsabilidad criminal tanto en fase maníaca como depresiva. En este sentido tal vez la sintomatología psicótica, aunque no sea la más frecuente, si es la que puede implicar una mayor merma en la capacidad cognoscitiva y volitiva del sujeto. En este escenario, junto al criterio psicopatológico (diagnóstico de TB) y el psicológico (sintomatología psicótica y anulación de la capacidad de comprender los actos y por lo tanto de ajustar la voluntad [elemento motivacional] a dicha comprensión), habría que valorar la intensidad o elemento normativo. La persona con TB puede tener su capacidad de decisión afectada, pero cuando además cursa con sintomatología psicótica (habitualmente en fases maníacas) y en casos extremos (ideas de perjuicio o inserción del pensamiento) puede darse una respuesta violenta reactiva a una situación percibida como amenazante (Gómez-Duran et al., 2010). Como se puede observar en el estudio presente, la potencial aplicación de una modificación de la responsabilidad penal no va a estar condicionada solo por el diagnóstico sino por el impacto psicológico del mismo en contingencia con el delito, por lo que necesariamente también se han de tener en cuenta las características del delito. En la afectación psicológica ya sea cognoscitiva (en supuestos de sintomatología psicótica o por ejemplo comorbilidad con discapacidad intelectual) o volitiva (merma en la capacidad del sujeto para ajustar su conducta al conocimiento del hecho ilícito) va a tener necesaria importancia el estrés de la situación, lo que hace más probable que la impulsividad, una variable muy presente en fases maníacas e hipomaniacas tenga un papel más relevante en casos de asesinato que en delitos de estafa o malversación. En definitiva, el forense a la hora de estudiar el impacto psicológico del cuadro en el momento de la comisión delictiva deberá tener en cuenta la intensidad de la afectación y las posibles situaciones potencialmente estresantes previas o simultáneas, sobre todo en cuadros con la impulsividad como elemento clave.

Conclusiones

Dentro del paradigma de la imputabilidad se da el criterio biopatológico, el impacto psicológico, el requisito cronológico y el normativo (la intensidad con la que quedan afectados los resortes mentales del sujeto). En este sentido el TB no es suficiente para que se aplique una modificación de la responsabilidad penal del sujeto, debe de tener contingencia con el hecho

delictivo y además la intensidad del impacto psicológico debe ser suficiente para entender que hay una afectación volitiva y cognoscitiva (Osuna-Carrillo, 2013)

Así, podemos ver en la fundamentación de las sentencias seleccionadas que, los brotes psicóticos o los episodios maníacos, suelen aparecer como responsables de la merma de la capacidad intelectual y volitiva en los encausados. El abandono del tratamiento o un tratamiento inadecuado, en ocasiones se contempla como predecesor de los síntomas psicóticos. La esfera volitiva sufre mayor deterioro, si, además, el TB es comórbido con Trastorno por abuso de sustancias.

Por lo tanto, en el presente estudio se aprecia que la jurisprudencia al respecto del TB, no basa sus resoluciones en el exclusivo padecimiento del trastorno, sino que tiene en cuenta la capacidad idiosincrásica de los encausados para tomar conciencia de su trastorno, la gravedad del mismo, la interferencia que el trastorno ejerce sobre el funcionamiento diario en las diferentes áreas vitales, la capacidad de entendimiento sobre el delito cometido y la falta de control de impulsividad como déficit inhibitorio. Todas estas cuestiones, valoradas y expuestas previamente por el perito especialista en psicología forense, son de gran ayuda para la adecuada toma de decisiones en el marco jurídico. Por todo ello, es imprescindible acentuar la necesidad de un diagnóstico preciso, mayor aún en el ámbito forense, mediante una terminología adecuada y concisa, basada en los manuales diagnósticos utilizados en el presente, para intentar promover una comunicación más efectiva y homogénea entre los psicólogos peritos y con los diferentes actores jurídicos, para de este modo, evitar posibles errores que puedan ocasionar consecuencias relativas a la responsabilidad penal de los encausados. No obstante, en psicología forense y más en casos de imputabilidad, se debe ir más allá de lo categorial y profundizar en un análisis descriptivo, explicativo y funcional del caso, mediante el empleo del análisis funcional y la formulación forense, con el objetivo de detallar las relaciones funcionales de las variables analizadas en el caso y su contingencia con el hecho delictivo. De esta manera el dictamen técnico pericial será mucho más específico a la hora de pronunciarse sobre la posible afectación cognoscitiva y/o volitiva del sujeto y la intensidad de la misma, aspecto esencial en la valoración jurídica de los criterios psicopatológicos, psicológicos, cronológicos y normativos de la imputabilidad (Dujo et al., 2016; Esbec & Echeburúa, 2016).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el reducido número de sentencias encontradas con valor jurisprudencial y la falta de verificación interjueces en la validación de las sentencias seleccionadas, así como un posible análisis estadístico de las mismas. Una búsqueda en la Doctrina Jurisprudencial podría aportar mayor número de sentencias, lo que serviría para dar mayor robustez al análisis estadístico; en concreto, podría ser interesante el análisis de conglomerados jerárquicos de las sentencias, buscando relaciones significativas en relación a la responsabilidad penal con el resto de las variables.

Referencias

Al-Haddad, B. J., Oler, E., Armistead, B., Elsayed, N. A., Weinberger, D. R., Bernier, R., Burd, I., Kapur, R., Jacobsson, B., Wang, C., Mysorekar, I., Rajagopal, L. y Waldorf, K. M. A. (2019). The fetal origins of mental illness. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(6), 549-562.

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Arlington, Va, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition)*. DC: Author.
- Andreazza, A. C., Duong, A. y Young, L. T. (2018). Bipolar disorder as a mitochondrial disease. *Biological psychiatry*, 83(9), 720-721.
- Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Nassir Ghaemi, S., Joffe, H., Kim, D. R., Sagduyu, K., Truman, C. J., Wisniewski, S. R., Sachs, G. S. y Cohen, L. S. (2005). Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar disorders*, 7(5), 465-470.
- Baldessarini, R. J., Undurraga, J., Vázquez, G. H., Tondo, L., Salvatore, P., Ha, K., Khalsa, H-M. K., Lepri, B., Ha, T. H., Chang, J. S., Tohen, M. y Vieta, E. (2012). Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 293-302.
- Ballester, J., Goldstein, T., Goldstein, B., Obreja, M., Axelson, D., Monk, K., Hickey, M., Iyengar, S., Farchione, T., Kupfer, D. J., Brent, D. y Birmaher, B. (2012). Is bipolar disorder specifically associated with aggression?. *Bipolar Disorders*, 14(3), 283-290.
- Bender, R. E. y Alloy, L. B. (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical psychology Review*, 31(3), 383-398.
- Berk, M., Brnabic, A., Dodd, S., Kelin, K., Tohen, M., Malhi, G. S., Berk, L., Conus, P. y McGorry, P. D. (2011). Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. *Bipolar disorders*, 13(1), 87-98.
- Bizzarri, J. V., Sbrana, A., Rucci, P., Ravani, L., Massei, G. J., Gonnelli, C., Spagnolli, S., Doria, M. R., Raimondi, F., Endicott, J., Dell'Osso, L. y Cassano, G. B. (2007). The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disorders*, 9(3), 213-220.
- Bourne, C., Aydemir, Ö., Balanzá-Martínez, V., Bora, E., Brissos, S., Cavanagh, J. T. O., Clark, L., Cubukcuoglu, Z., Dias, V. V., Dittmann, S., Ferrier, I. N., Fleck, D. E., Gallagher, P., Jones, L., Kiesepä, T., Martínez-Aran, A., Melle, I., Moore, P. B., Mur, M., ... y Goodwin, G. M. (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 149-162.
- Brown, N. C., Andreazza, A. C. y Young, L. T. (2014). An updated meta-analysis of oxidative stress markers in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 61-68.
- Camacho, A. y Akiskal, H. S. (2005). Proposal for a bipolar-stimulant spectrum: temperament, diagnostic validation and therapeutic outcomes with mood stabilizers. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 217-230.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136(2-3), 153-162.

- Criado-Álvarez, J. J., Domper Tornil, J. A. y Rosa Rodríguez, G. D. L. (2000). Estimación de la prevalencia de trastornos bipolares tipo I en España a través del consumo de carbonato de litio (1996-1998). *Revista Española de Salud Pública*, 74, 131-138.
- de Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C. y Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 179-185.
- Dujo López, V., Horcajo Gil, P. J., González-Trijueque, D. (2016). Informe pericial psicológico: drogadicción y responsabilidad penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 16, 114-128. ISSN: 1576-9941.
- Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En P. García-Medina, J. M. Bethencourt-Pérez, E. Sola-Reche, A. R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (dirs.), *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales* (pp. 1-22). Comares.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Abuso de Drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.
- Fabbri C. (2020) The Role of Genetics in Bipolar Disorder. In: Young A.H., Juruena M.F. (eds) *Bipolar Disorder: From Neuroscience to Treatment. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol 48. Springer, Cham. 41-60. https://doi.org/10.1007/7854_2020_153
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. y Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931-938.
- Fovet, T., Geoffroy, P. A., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P. y Amad, A. (2015). Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatric Services*, 66(4), 348-353.
- Fonseca, G. M. (2007). *Exención y atenuación de la responsabilidad criminal por anomalía o alteración psíquica. Especial referencia a su tratamiento jurisprudencial*. [Tesis doctoral]; Universidad de Granada, España. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1584/1/16741006.pdf>
- Grande, I., Magalhães, P. V., Kunz, M., Vieta, E. y Kapczinski, F. (2012). Mediators of allostasis and systemic toxicity in bipolar disorder. *Physiology & Behavior*, 106(1), 46-50.
- Geoffroy, P. A., Goddefroy, G., Rolland, B. y Cottencin, O. (2012). Efficacy of aripiprazole in comorbid addiction in bipolar disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(4), 359.
- Graz, C., Etschel, E., Schoech, H. y Soyka, M. (2009). Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 117(1-2), 98-103.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. UAH/AEN (2012) *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf
- Johansson, V., Kuja-Halkola, R., Cannon, T. D., Hultman, C. M. y Hedman, A. M. (2019). A population-based heritability estimate of bipolar disorder—In a Swedish twin sample. *Psychiatry Research*, 278, 180-187.

- Joyce, K., Thompson, A. y Marwaha, S. (2016). Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 1-9.
- Kessing, L. V., Willer, I., Andersen, P. K. y Bukh, J. D. (2017). Rate and predictors of conversion from unipolar to bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disorders*, 19(5), 324-335.
- L Gómez-Durán, E., I Carrión, M., Xifró, A. y Martín-Fumadó, C. (2010). Características clínicas y consecuencias legales del comportamiento violento: un caso de trastorno bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 374-376.
- Large, M. M. y Nielssen, O. (2011). People with bipolar disorder and comorbid substance abuse are six times more likely to be convicted of violent crime than the general population. *Evidence-based Mental Health*, 14(1), 17.
- Látalová K. (2009). Bipolar disorder and aggression. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 889-899.
- Le Strat Y. (2010). Bipolar disorder and comorbid addictive disorders [in French]. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 168: 584-587.
- Lorenzo Pontevedra M. C. (2015). *Trastorno bipolar*. Editorial Síntesis. S.A.
- McDermott, B. E., Quanbeck, C. D. y Frye, M. A. (2007). Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar Disorders*, 9(5), 536-540.
- McElroy, S. L., Winham, S. J., Cuellar-Barboza, A. B., Colby, C. L., Ho, A. M. C., Sicotte, H., Larrabee, B. R., Crow, S., Frye, M. A. y Biernacka, J. M. (2018). Bipolar disorder with binge eating behavior: a genome-wide association study implicates PRR5-ARHGAP8. *Translational psychiatry*, 8(1), 1-9.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. C., Ono, Y., Posada-Villa, J. Sagar, R., Wells, J. E y Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Messer, T., Lammers, G., Müller-Siecheneder, F., Schmidt, R. F. y Latifi, S. (2017). Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 253, 338-350.
- Miro Cun, J. D. (2021). El trastorno bipolar desde el enfoque cognitivo conductual. Examen Complejivo Psicología. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16835>
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H. y Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626-636.
- Muñoz, M. (2003). *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica*, 273-275. Editorial Síntesis. S.A.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B. y Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Nielssen, O. B., Malhi, G. S. y Large, M. M. (2012). Mania, homicide and severe violence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 357-363.

- Onyeka, I. N., Collier Høegh, M., Nåheim Eien, E. M., Nwaru, B. I. y Melle, I. (2019). Comorbidity of physical disorders among patients with severe mental illness with and without substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(3), 192-206.
- Osuna-Carrillo, E. J. (2013). Imputabilidad y consumo de sustancias tóxicas: pericia psiquiátrico forense. *Revista Española de Drogodependencias*, (2), 109-115
- Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., Bowden, C. L., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A. y STEP-BD Investigators. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9), 875-881.
- Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., Rihmer, Z. y Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disorders*, 15(5), 457-490.
- Post, R. M., Altshuler, L. L., Kupka, R., McElroy, S. L., Frye, M. A., Rowe, M., Leverich, G. S., Grunze, H., Suppes, T., Keck, P. E. y Nolen, W. A. (2015). Verbal abuse, like physical and sexual abuse, in childhood is associated with an earlier onset and more difficult course of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17(3), 323-330.
- Post, R. M., Altshuler, L. L., Kupka, R., McElroy, S. L., Frye, M. A., Rowe, M., Grunze, H., Suppes, T., Keck Jr. P. E., Leverich, G. S. y Nolen, W. A. (2016). Age of onset of bipolar disorder: combined effect of childhood adversity and familial loading of psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 81, 63-70.
- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Huang, B., Chou, S. P. y Grant, B. F. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 12.
- Quanbeck, C. D., Stone, D. C., McDermott, B. E., Boone, K., Scott, C. L. y Frye, M. A. (2005). Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 56(7), 847-852.
- Ramírez Vargas, X., Arias Leal, M. L. y Madrigal Zamora, S. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista Médica Sinergia*, 5(9). Recuperado de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572>
- Rodríguez, J. M. G., y de Lara, E. V. G. (2021). Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría*. com, 25. Recuperado de https://psiquiatría.com/trabajos/usr_2194062129739.pdf
- Rosa, A. R., González-Ortega, I., González-Pinto, A., Echeburúa, E., Comes, M., Martínez-Àran, A., Ugarte, A., Fernández, M. y Vieta, E. (2012). One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 335-341.
- Swann, A. C. (2011). Antisocial personality and bipolar disorder: interactions in impulsivity and course of illness. *Neuropsychiatry*, 1(6), 599.
- Vázquez, G., Lolich, M., Leiderman, E., Tondo, L. y Baldessarini, R. (2012). Age-at-Onset of 648 Patients with Major Affective Disorders: Clinical and Prognostic Implications. *Mind & Brain, The Journal of Psychiatry*, 3(2), 23-30.

- Vieta, E., Reinares, M. y Rosa, A. R. (2011). Staging bipolar disorder. *Neurotoxicity Research*, 19(2), 279-285.
- Vilariño, M., Alves, A. C. y Amado, B. G. (2016). Perfil clínico y delictivo de una muestra de reclusos inimputables en Portugal. En A. Andrés Pueyo, F. Fariña Rivera, M. Novo y D. Seijo (Eds.), *Avances en Psicología Jurídica y Forense*, (pp. 111-121). Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Volavka, J. (2014). Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients. *Psychiatric Quarterly*, 85(1), 65-78.
- Wang, M., Zhang, L. y Gage, F. H. (2020). Modeling neuropsychiatric disorders using human induced pluripotent stem cells. *Protein & Cell*, 11(1), 45-59.
- Yapici Eser, H., Kacar, A. S., Kilciksiz, C. M., Yalçınay-Inan, M. y Ongur, D. (2018). Prevalence and associated features of anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder: a meta-analysis and meta-regression study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 229.
- Youngstrom, E. A., Egerton, G. A., Genzlinger, J., Freeman, L. K., Rizvi, S. H. y Van Meter, A. (2018). Improving the global identification of bipolar spectrum disorders: Meta-analysis of the diagnostic accuracy of checklists. *Psychological Bulletin*, 144(3), 315.
- Yu, R., Geddes, J. R. y Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775-792.