



UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Departamento de Medicina Preventiva i Salud Pública,
Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal

Facultad de Medicina y Odontología.

Programa de Doctorado 3139 Medicina

**BÚSQUEDA DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS EN EL
HOMICIDA POR VIOLENCIA DE GÉNERO VALORADO POR
PSIQUIATRÍA FORENSE**

Tesis Doctoral

Serguei Dario Noroze Gallego

Directores

Dr. Francisco Gregorio Francés Bozal

Dr. Santiago Rincón Velázquez

Julio, 2023

1.- FRANCES BOZAL, FRANCISCO GREGORIO, N.I.F. 22567471D,
Departamento: Medicina Prev. y Salud Púb., CC. Aliment, Toxic.y Med,
Facultad de Medicina y Odontología.

2.- RINCON VELÁZQUEZ, SANTIAGO, N.I.F. 50414780E, Departamento:
Medicina Prev. y Salud Púb., CC. Aliment, Toxic.y Med, Facultad de
Medicina y Odontología.

Directores de la tesis doctoral: "BÚSQUEDA DE CARACTERÍSTICAS
DEFINITORIAS EN EL HOMICIDA POR VIOLENCIA DE GÉNERO VALORADO
POR PSIQUIATRÍA FORENSE."

Por D. SERGUEI DARIO NOROZE GALLEGO,

estudiante del Programa de Doctorado **3139 Medicina** (RD99/2011) en
Medicina de la Universitat de València, emiten informe FAVORABLE para la
realización del depósito y la defensa de la tesis doctoral.

Fecha:

Director

Director

Signat digitalment per:
FRANCISCO GREGORIO
FRANCES BOZAL -
NIF:22567471D
Data i hora: 27/5/2023 20:54:17

Firmado por SANTIAGO
RINCON VELAZQUEZ - DNI
***1478** el día
06/06/2023 con un

**ESCUELA DOCTORAL
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA**

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis no habría sido posible sin el apoyo brindado por estas personas, por lo que deseo expresarles mi más profundo agradecimiento:

Mis directores de tesis, que me han apoyado siempre que lo he necesitado y han hecho gala de una enorme paciencia y dedicación.

Los compañeros del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia, que me acogieron cuando inicié el rotatorio como Médico Interno Residente, transmitiéndome el interés y la pasión por la Medicina Forense.

Mi familia, especialmente mi esposa y mis padres, que me han ayudado en los momentos más complicados a seguir adelante.

ÍNDICE GENERAL

LISTADO DE ABREVIATURAS.....	13
1.INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.2 MARCO TEÓRICO	19
1.2.1 La Violencia	19
1.2.2 La Violencia de Género.....	20
1.2.2.1 Definición.....	20
1.2.2.2 Contexto histórico	21
1.2.2.3 La Violencia de Género en España: Sociodemografía	26
1.2.2.4 La Violencia de Género en España: Legislación.....	29
1.2.2.5 El Perfil del Maltratador.....	32
1.2.2.6 Violencia de Género y Trastorno Mental	36
1.2.3 El Homicidio	40
1.2.3.1 Concepto.....	40
1.2.3.2 Datos Sociodemográficos.....	41
1.2.3.3 Legislación en España	44
1.2.3.4 Homicidio y Violencia de Género	45
1.2.3.5 Homicidio y trastorno Mental	48
1.2.4 La Imputabilidad	56
1.2.4.1 Concepto.....	56
1.2.4.2 Factores que afectan a la imputabilidad	57
1.2.4.3 Papel del Médico Forense	62
1.2.4.4 Medidas de Seguridad	64
1.2.4.5 Valoración del Riesgo en Violencia de Género.....	65
2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	69
2.1 HIPÓTESIS	71
2.2 OBJETIVOS.....	71

2.2.1 Objetivos Principales.....	71
2.2.2 Objetivos Secundarios	72
3. MATERIAL Y MÉTODOS	75
3.1 MATERIAL	77
3.2 METODOLOGÍA	77
3.2.1 Diseño del estudio.	77
3.2.3 Población	78
3.2.3.1 Grupo Control.....	78
3.2.3.2 Grupo Caso: Grupo Violencia de Género	79
3.2.4 Recogida de Datos.....	81
3.2.4.1 Datos recabados.....	81
3.2.5 Creación de base de datos y anonimización	97
3.2.6 Análisis de Datos.....	101
3.2.7 Conducta ética	104
4 RESULTADOS	107
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	109
4.1.1 Distribución	109
4.1.2 Datos del homicidio.....	109
4.1.3 Datos sociodemográficos y antecedentes personales	112
4.1.4 Datos relacionados con la Salud Mental	118
4.1.5 Datos relacionados con el consumo de sustancias.....	127
4.1.6 Datos relacionados con la conducta post-homicidio	136
4.1.7 Datos relacionados con Informe Médico-Forense y Sentencia .	139
4.2 ESTADÍSTICA ASOCIATIVA.....	140
4.2.1 Datos del homicidio.....	140
4.2.2 Datos sociodemográficos y antecedentes penales de los sujetos	140
4.2.3 Datos relacionados con la Salud Mental	143
4.2.4 Datos relacionados con el consumo de sustancias.....	145
4.2.5 Datos relacionados con la conducta post-homicidio	149

4.2.6 Datos relacionados con Informe Médico-Forense y Sentencia .	152
4.3 ANÁLISIS PARALELOS.....	152
4.3.1 Asociación entre diagnóstico de Trastorno Mental y Mecanismo de agresión utilizado.....	152
4.3.2 Asociación entre criterios de Trastorno Mental Grave y antecedentes penales.....	155
4.3.3 Asociación entre criterios de Patología Dual y antecedentes penales.....	156
4.3.4 Asociación entre Policonsumo de Sustancias y antecedentes penales.....	158
4.3.5 Asociación entre TDAH y consumo de sustancias.....	159
4.3.6 Asociación entre Conclusiones del informe Médico-Forense y Discrepancia entre Sentencia e Informe	161
4.3.7 Asociación entre diversos antecedentes y Discrepancia entre Sentencia e Informe.....	162
4.3.8 Asociación entre Relación con la Víctima y circunstancias del Homicidio.....	163
5 DISCUSIÓN.....	165
5.1 HIPÓTESIS PRINCIPAL	167
5.1.1 Datos del Homicidio.....	167
5.1.2 Datos sociodemográficos y antecedentes penales de los sujetos.....	169
5.1.3 Datos relacionados con la salud mental.....	178
5.1.4 Datos relacionados con el consumo de sustancias.....	183
5.1.5 Datos relacionados con la conducta post-Homicidio	187
5.1.6 Datos relacionados con el Informe Médico-Forense y Sentencia	198
5.2 ANÁLISIS PARALELOS.....	201
5.2.1 Asociación entre diagnóstico de Trastorno Mental y Mecanismo de agresión utilizado.....	201
5.2.2 Asociación entre criterios de Trastorno Mental Grave y antecedentes penales.....	205

5.2.3 Asociación entre criterios de Patología Dual y antecedentes penales.....	206
5.2.4 Asociación entre Policonsumo de Sustancias y antecedentes penales.....	207
5.2.5 Asociación entre TDAH y Consumo de Sustancias.....	208
5.2.6 Asociación entre Conclusiones del informe Médico-Forense y Discrepancia entre Sentencia e Informe.....	210
5.2.7 Asociación entre diversos antecedentes y Discrepancia entre Sentencia e Informe.....	211
5.2.8 Asociación entre Relación con la Víctima y circunstancias del homicidio.....	212
5.3 ANÁLISIS SECUNDARIO: Diferencias entre la definición de ‘ <i>Violencia de Género</i> ’ según la legislación española y lo establecido en el Convenio de Estambul.....	213
5.4 LIMITACIONES.....	221
6 CONCLUSIONES	223
6.1 CONCLUSIONES PRINCIPALES	225
6.2 CONCLUSIONES SECUNDARIAS.....	225
6.3 LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	227
BIBLIOGRAFÍA.....	231
ANEXO I: ESCALA EPR-V	255
ANEXO II: ESCALA VFR _{5.0} -H	257
ANEXO III: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS	259
ANEXO IV: CRITERIOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE	265
ANEXO V: ESCALA SALSA.....	267

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Homicidios Consumados y No consumados (Tentativa).....</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 2. Mecanismo utilizado</i>	<i>110</i>
<i>Tabla 3. Edad</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 4. Nacionalidad.....</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 5. Situación laboral.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 6. Nivel de estudios</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 7. Nivel socioeconómico</i>	<i>116</i>
<i>Tabla 8. Antecedentes familiares de violencia</i>	<i>116</i>
<i>Tabla 9. Antecedentes penales</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 10. Número de Ingresos en Prisión.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 11. Trastorno Mental (cualquiera)</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 12. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 13. Trastorno Bipolar</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 14. Trastorno Depresivo</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 15. Trastorno de Ansiedad.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 16. Trastorno Mental Inducido por Sustancias.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 17. Otros Trastornos Mentales</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 18. Antecedentes Familiares de T. Mental/Consumo.....</i>	<i>121</i>
<i>Tabla 19. Número de Hospitalizaciones</i>	<i>121</i>
<i>Tabla 20. Seguimiento Ambulatorio.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabla 21. Último contacto médico previo a los hechos</i>	<i>123</i>
<i>Tabla 22. Tratamiento Farmacológico</i>	<i>123</i>
<i>Tabla 23. Tratamiento Psicológico</i>	<i>124</i>
<i>Tabla 24. Trastorno Mental Grave</i>	<i>124</i>
<i>Tabla 25. Inteligencia.....</i>	<i>124</i>
<i>Tabla 26. Alteraciones del Neurodesarrollo.</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 27. Alteraciones de Conducta en la Infancia/Adolescencia.....</i>	<i>125</i>

<i>Tabla 28. Trastorno de La Personalidad</i>	<i>126</i>
<i>Tabla 29. Antecedentes de Intento de Suicidio.....</i>	<i>127</i>
<i>Tabla 30. Consumo de Sustancias (cualquiera).....</i>	<i>127</i>
<i>Tabla 31. Alcohol</i>	<i>128</i>
<i>Tabla 32. Cannabis</i>	<i>129</i>
<i>Tabla 33. Otros Alucinógenos.....</i>	<i>130</i>
<i>Tabla 34. Opiáceos</i>	<i>131</i>
<i>Tabla 35. Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos</i>	<i>132</i>
<i>Tabla 36. Cocaína.</i>	<i>133</i>
<i>Tabla 37. Anfetaminas.....</i>	<i>134</i>
<i>Tabla 38. Adicciones Comportamentales.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 39. Tratamiento de Trastornos por consumo.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 40. Policonsumo de Sustancias y Patología Dual.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabla 41. Intento de suicidio tras los hechos.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabla 42. Gravedad del intento de suicidio (escala SALSA)</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 43. Reconocimiento de los hechos</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 44. Motivación</i>	<i>138</i>
<i>Tabla 45. Conclusiones de Informe, Sentencia y Discrepancias</i>	<i>139</i>
<i>Tabla 46. Regresión logística prediciendo riesgo de analfabetismo según grupo de estudio, edad y alteraciones en inteligencia</i>	<i>142</i>
<i>Tabla 47. Regresión logística prediciendo probabilidad de presentar Antecedentes Penales (Violencia de Género) según grupo y edad</i>	<i>143</i>
<i>Tabla 48. Regresión Logística prediciendo probabilidad de tener diagnóstico de Inteligencia Límite, según grupo y edad.....</i>	<i>144</i>
<i>Tabla 49. Regresión Logística prediciendo probabilidad de tener diagnóstico de TDAH, según grupo y edad.....</i>	<i>145</i>
<i>Tabla 50. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Abuso de Sustancias (cualquiera), según grupo y edad.....</i>	<i>145</i>

<i>Tabla 51. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Abuso de Sustancias (cualquiera), según edad.....</i>	<i>146</i>
<i>Tabla 52. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Antecedentes de Consumo de Cocaína, según grupo y edad</i>	<i>147</i>
<i>Tabla 53. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Antecedentes de Consumo de Cocaína, según edad.....</i>	<i>148</i>
<i>Tabla 54. Regresión Logística prediciendo probabilidad de realizar Intento de Suicidio Tras los Hechos, según grupo, edad y variables de confusión</i>	<i>150</i>
<i>Tabla 55. Regresión Logística prediciendo probabilidad de Motivación Interpersonal, según grupo y edad.....</i>	<i>151</i>
<i>Tabla 56. Regresión Logística prediciendo probabilidad de Motivación Económica, según grupo y edad.....</i>	<i>151</i>
<i>Tabla 57. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Golpes/O. Contundente, según diagnóstico de Esquizofrenia y edad.....</i>	<i>152</i>
<i>Tabla 58. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Arma de Fuego, según diagnóstico de Ansiedad y edad.....</i>	<i>153</i>
<i>Tabla 59. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Mecanismo Mixto, según diagnóstico de Int. Límite y edad.</i>	<i>154</i>
<i>Tabla 60. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Mecanismo Mixto, TP Clúster B Diagnosticado y edad.</i>	<i>154</i>
<i>Tabla 61. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Mecanismo Mixto, TP Clúster B Sospechado y edad.....</i>	<i>155</i>
<i>Tabla 62. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de Ingreso en prisión, según criterios de Trastorno Mental Grave y edad</i>	<i>156</i>
<i>Tabla 63. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (cualquiera), según criterios de Patología Dual y edad</i>	<i>157</i>

<i>Tabla 64. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (otros delitos con Violencia), según criterios de Patología Dual y edad.....</i>	<i>157</i>
<i>Tabla 65. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de Ingreso en prisión, según criterios de Patología Dual y edad.....</i>	<i>157</i>
<i>Tabla 66. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (cualquiera), según Policonsumo y edad</i>	<i>158</i>
<i>Tabla 67. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (otros delitos con Violencia), según Policonsumo y edad.</i>	<i>158</i>
<i>Tabla 68. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de Ingreso en Prisión, según Policonsumo y edad</i>	<i>159</i>
<i>Tabla 69. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Intoxicación por Alcohol en el momento de los hechos, según diagnóstico de TDAH y edad.....</i>	<i>160</i>
<i>Tabla 70. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Dependencia a Alcohol, según diagnóstico de TDAH y edad.....</i>	<i>160</i>
<i>Tabla 71. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de consumo de Otros Alucinógenos, según diagnóstico de TDAH y edad.....</i>	<i>161</i>
<i>Tabla 72. Regresión Logística prediciendo probabilidad de Discrepancia entre Informe Médico-Forense y Sentencia, Según conclusiones del Informe Médico-Forense</i>	<i>162</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Mecanismos homicidas usados con mayor frecuencia respecto a la población general, según trastorno mental.....</i>	<i>56</i>
<i>Figura 2. Mecanismo Utilizado (total).....</i>	<i>111</i>
<i>Figura 3. Relación agresor-víctima (Grupo VG).....</i>	<i>113</i>
<i>Figura 4. Relación agresor-víctima (Grupo Control).....</i>	<i>114</i>
<i>Figura 5. Distribución de edad del Grupo Control y Grupo VG.</i>	<i>169</i>
<i>Figura 6. Víctimas mortales por Violencia de Género desde 1999 hasta 2022 (Fuente: INE).</i>	<i>197</i>

RESUMEN

El estudio de los agresores en el contexto de la Violencia de Género es un campo de especial interés, especialmente cuando la violencia culmina en el homicidio. Se han elaborado distintas clasificaciones y perfiles de los maltratadores de utilidad medicolegal, sin embargo, la heterogeneidad de estos perfiles plantea dudas sobre la existencia de características comunes a todos los maltratadores, tanto en su historia personal como en relación a su estado de salud mental. Partiendo de esta cuestión se ha elaborado un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se compara una amplia serie de características de los homicidas por Violencia de Género con respecto a los homicidas por otras causas en la búsqueda de alguna característica definitoria, además de una serie de análisis paralelos de interés medicolegal y un análisis secundario comparando la definición de Violencia de Género según la legislación española con la definición establecida en el Convenio de Estambul. El estudio refleja que los homicidas por Violencia de Género presentan una media de edad mayor que la del resto de homicidas, una probabilidad significativamente mayor de tener antecedentes penales por Violencia de Género, intentar suicidarse tras la agresión y estar motivados por un conflicto interpersonal distinto a una discusión en las horas previas al homicidio. En los análisis secundarios se halla una relación significativa entre algunos trastornos mentales y el mecanismo homicida utilizado, el Trastorno Mental Grave e ingresos en prisión, el Policonsumo de sustancias y Patología Dual y los antecedentes de delitos violentos, el TDAH y el consumo de algunas sustancias, y la

existencia de discrepancias entre informes forenses y sentencia cuando se aplica Eximente Incompleta o Atenuante de la Imputabilidad. Se sugieren futuras líneas de investigación para nuevos proyectos.

LISTADO DE ABREVIATURAS

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

DGVG: Delegación del gobierno contra la Violencia de Género.

DSM: Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales.

EPV-R: Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja-Revisada.

ICCS: Clasificación Internacional de Delitos con Fines Estadísticos.

IMLCCFFV: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LGILS: Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la Libertad Sexual.

LIVG: Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

MS: Medidas de seguridad.

OC: Objeto Contundente.

OMS: Organización Mundial de La Salud.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

TP: Trastorno de la Personalidad.

TPD: Trastorno de la Personalidad Diagnosticado.

TPS: Trastorno de la Personalidad Sospechado.

UCA: Unidad de Conductas Adictivas.

UNDOC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

VD: Variable Dependiente.

VG: Violencia de Género.

VI: Variable Independiente.

VFR: Valoración Forense del Riesgo.

VPR: Valoración Policial del Riesgo.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

Durante mi rotatorio externo como Médico Residente de Psiquiatría en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia (IMLCCFFV) se planteó la necesidad de actualizar parte de los conceptos que tenemos sobre los hombres que perpetradores de Violencia de Género (VG). El profundo cambio social que se ha producido en España desde principios del siglo XXI, tanto en general como respecto a la violencia contra las mujeres, hace necesaria la continua actualización de los conocimientos en este campo, tanto en la Psiquiatría como en la Medicina Forense.

Las actitudes de la sociedad española hacia la Violencia de Género han sufrido una notable evolución a lo largo de los últimos años. Durante mucho tiempo la violencia dirigida desde un hombre hacia su pareja, la forma más común de Violencia de Género en España, aunque no la única como veremos, fue considerado un problema privado que debía ser resuelto en el marco de la intimidad de dicha pareja, tratar el tema abiertamente era un acto de mal gusto, tanto o más censurable socialmente que la violencia en sí misma. Esta percepción social de las mujeres maltratadas sufrió un vertiginoso cambio en España durante la última década del siglo XX. El crimen de Ana Orantes, una mujer maltratada que fue asesinada por su exmarido de forma especialmente cruenta trece días después de la emisión de una entrevista en la que denunciaba públicamente su situación, genera una ola de indignación social que motiva al gobierno a promulgar la ley que serviría de base para que en 2004 se promoviera la primera Ley Orgánica de Medidas

de Protección Integral Contra la Violencia de Género (LIVG), que se encuentra en vigor con ciertas modificaciones.

Desde la entrada en vigor de esta Ley han surgido nuevos equipos dedicados a abordar la Violencia de Género, como las Unidades de Valoración integral, asimismo, se han llevado a cabo una serie de estudios sobre los hombres que cometen delitos relacionados con la violencia de género. Los diversos estudios que han buscado la existencia de un “perfil del maltratador” presentan una utilidad limitada por su especificidad cultural y la dificultad para aplicarse sobre población general, así como la posibilidad de encontrar perfiles que no se ajusten a ninguna clasificación.

La dificultad para establecer las características comunes de los maltratadores justifica la presente tesis doctoral. Se focaliza en el homicidio como la expresión máxima de violencia interpersonal y el modo más grave de Violencia de Género. Se comparan una serie de atributos de los homicidas por Violencia de Género con el perfil de los hombres que han cometido un homicidio o asesinato por otros motivos, para observar si existe alguna diferencia significativa entre ambos grupos.

La definición de Violencia de género que se encuentra recogida en la LIVG es relativamente restrictiva. Al estar centrada en la violencia contra la pareja, no tiene en cuenta otros tipos de violencia que pueden sufrir las mujeres por el hecho de serlo o que les afecta de forma desmedida. Aunque recientemente se ha ampliado parcialmente la consideración de víctimas de Violencia de Género, esta restricción

continúa. La presente tesis ha servido para observar delitos, haciendo hincapié en los homicidios, que podrían considerarse Violencia de Género según la definición, más amplia, del Convenio de Estambul, pero no han sido tenidos en cuenta por la legislación española. Una vez analizados, se exploran posibles formas de mitigar esta situación.

Por último, dado que el estudio realizado a los homicidas en el IMLCCFFV recaba unos datos muy completos sobre biografía, factores sociodemográficos, historia de trastornos mentales, consumo de sustancias, etc., se han realizado varios análisis paralelos que puedan servir para abrir nuevas líneas de investigación

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 La Violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Violencia como *“El uso intencionado de la fuerza física o el poder, de forma real o con amenazas, contra uno mismo, contra una persona, grupo o comunidad que tenga como resultado o es altamente probable que tenga un resultado de lesión, muerte, daño psicológico, alteraciones en el desarrollo o privación”* (1). La violencia ha sido a lo largo de la historia un importante determinante de la salud pública y, a pesar de los progresos sociales conseguidos, hoy en día lo sigue siendo. Se calcula que la violencia es responsable de 1.3 millones de muertes al año, el 2.5% de la mortalidad global (2). Aunque el homicidio es la cara más visible de la violencia interpersonal al ser su variante más extrema, la

violencia no letal es la más habitual en el mundo. Este tipo de violencia tiene importantes repercusiones tanto físicas como psicológicas en las víctimas, sus familiares y la sociedad en general: carga en los sistemas policial y judicial, consumo de recursos de salud y servicios sociales, pérdida de capital humano, etc.

1.2.2 La Violencia de Género

1.2.2.1 Definición

El consejo de Europa, en el primer Convenio de Estambul (Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica), definió la Violencia de Género (VG) como *“toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada”* (3). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) define la VG como *“un término general para cualquier acto dañino cometido contra la voluntad de una persona, que está basado en unas características diferenciales socialmente adscritas entre hombres y mujeres. Incluye actos que infligen daño físico, sexual o sufrimiento psicológico, así como amenazas de dichos actos, coacción o privación de libertad. Estos actos pueden ocurrir en público y en privado”*. (4). La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la define como *“la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres*

sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.” (5). Salvo que se especifique lo contrario en el texto, “Violencia de Género” hará referencia a la definición del Convenio de Estambul.

1.2.2.2 Contexto histórico

Tratar en profundidad los orígenes y evolución de la violencia contra las mujeres a lo largo de la historia sería una tarea lo suficientemente extensa como para ocupar varios libros, por lo que este apartado se centrará en los hitos que muestran la evolución del trato social con respecto a la VG haciendo hincapié en la sociedad española.

Estudios antropológicos apuntan a la transformación de la sociedad cazadora-recolectora a una sociedad sedentaria y agraria como el evento en el que comienza a fraguarse el sometimiento de la mujer al hombre por razón de género (6,7). En las primeras civilizaciones, como en Egipto y Mesopotamia, se puede encontrar una cultura patriarcal. Lerner hipotetiza en su libro *The Creation of Patriarchy* que los estados primitivos, cuando derrotaban militarmente a un enemigo, procedían al sometimiento del pueblo vencido. Los hombres habitualmente eran masacrados o esclavizados, pero las mujeres podían recibir la “protección” de sus conquistadores a cambio de sumisión y adopción del papel de madres y cuidadoras incorporándose a la sociedad del estado vencedor, aunque no como ciudadanas de pleno derecho. Esta

situación, común en la mayoría del globo, justificaría el sometimiento histórico de la mujer, común a tantas culturas y civilizaciones, al consolidarse en los estados la concepción de la mujer como madre y cuidadora, sometida a un hombre (8). En la tradición judeocristiana la mujer, representada por Eva, es declarada inferior en el libro del Génesis, habiendo sido creada a partir del cuerpo de Adán y caracterizada como una tentadora, que conduce al hombre al pecado. Como parte de su castigo Divino se le somete a la voluntad masculina, consolidando la desigualdad entre hombre y mujer como un decreto divino (9). Para los atenienses, la mujer no podía obtener la condición de ciudadana, aunque hubiera nacido libre, lo que hacía que estuviera irrevocablemente sometida a su esposo o propietario si era esclava (10).

Esta situación de desigualdad y sometimiento de la mujer al hombre se mantiene en la edad media a pesar de la evolución social, como la progresiva desaparición de la esclavitud, en su vertiente grecorromana, que es sustituida por el sistema feudal. En las leyes medievales el adulterio es un delito que puede ser cometido exclusivamente por mujeres. La violación, cuando la víctima es una mujer casada, se considera un delito cometido hacia el marido, que ha visto dañada su “propiedad”. Si la mujer no podía probar de forma fehaciente los hechos corría el riesgo de ser considerada adúltera y castigada como tal. Si bien es cierto que las mujeres que se encontraban en los estratos más altos de la sociedad gozaban de mayores privilegios de los que podía gozar un hombre de un estrato inferior, tenían menos derechos o libertades que los hombres de su mismo estrato. Las decisiones que afectaban

significativamente a la trayectoria vital de una mujer, como el matrimonio o el ingreso en una institución eclesiástica no eran tomadas por ellas mismas, si no por sus padres o maridos (11).

La Revolución Francesa trae consigo la ruptura del sistema feudal en Europa Occidental y la reivindicación de los derechos de la mujer en el contexto de la transformación social. Olympe de Gouges, en 1791, publica la Declaración de Derechos de la Mujer y Ciudadana, que parafrasea a Declaración de los Derechos del Hombre y Ciudadano publicada dos años antes. Destaca, en su artículo primero, la afirmación de que la mujer nace libre e igual al hombre en derechos. (12). Sin embargo, tras la Revolución Francesa la desigualdad sigue existiendo entre hombres y mujeres, tanto a nivel social como a nivel legal.

Analizando los distintos códigos penales españoles desde finales del siglo XIX, es posible observar la evolución de las actitudes sociales hacia los derechos de las mujeres en general y la VG en particular.

En el Código Penal (CP) de 1870 se establece un atenuante que disminuye la pena de cárcel a la de destierro, en los casos de homicidio en los que un hombre sorprendiera a su mujer con otro hombre. El autor queda eximido totalmente de pena si, en lugar de matar a la mujer y/o al otro hombre, les causase lesiones graves (13). Las mismas modificaciones de la pena se aplicaban a los padres que descubriesen a sus hijas convivientes manteniendo relaciones. Castiga el adulterio con penas de prisión correccional en sus grados medio y máximo. Se define como “adulterio” el hecho de que una mujer casada mantenga relaciones con otro hombre que no sea su marido. Un hombre sólo podía

ser considerado adúltero si sabía que la mujer con la que mantenía relaciones estaba casada (14). Dado que esta especificación permitiría al hombre defenderse alegando que desconocía el estado civil de la mujer, en la práctica el hombre gozaba de mayor protección legal ante el cargo de adulterio que la mujer. Los hombres casados que eran infieles a sus mujeres tan solo podían ser castigados si convivían con su amante en el domicilio conyugal (lo que se conocía como “amancebamiento”) o la infidelidad se producía “con escándalo”. Si a esto sumamos que la pena por amancebamiento era menor que por el del adulterio (prisión correccional entre sus grados mínimo y medio) (15) queda de manifiesto que, aunque en grado menor que en la edad media, la legislación mantiene a la mujer sometida, primero a su padre y posteriormente a su marido. Este sometimiento permanecía parcialmente tras el fallecimiento del marido, dado que las mujeres viudas eran multadas por casarse de nuevo si habían transcurrido menos de 301 días del fallecimiento de su marido (16). El maltrato del marido hacia la mujer que no se saldaba con la muerte o lesiones graves tenía la misma pena que el maltrato de la mujer hacia su marido, consistente en “arresto y reprensión” (17).

En el código penal de 1928 la atenuante por matar a la pareja sorprendida durante una infidelidad pasa a aplicarse a ambos sexos (18). Las definiciones de adulterio y amancebamiento son similares al código penal de 1870, pero las penas de ambos delitos se igualan (19). El artículo 819, que castiga como falta la grosería o el acoso hacia las mujeres “*aún con propósito de galantería*” es destacable por ser una

de las primeras leyes de la historia contra el acoso que penaliza los “piropos” o acoso callejero (20), lo cual es indicativo del cambio de actitud hacia los derechos de la mujer, aunque permanece la multa a las viudas por casarse antes de los 301 días del fallecimiento de su marido, aunque existe la posibilidad de obtener una dispensa (21). No se encuentra en el código mención específica al maltrato hacia las mujeres por parte de sus maridos.

Con la instauración de la Segunda República se anuló el CP de 1928, volviendo provisionalmente al de 1870. De la reforma de éste surgió el Código Penal de 1932, el cual supuso importantes cambios en lo que respecta a la violencia contra las mujeres. Se suprimieron las leyes de adulterio y amancebamiento, así como la reducción de la pena por el asesinato cometido durante una infidelidad. El código cita “la igualdad de sexos” como motivo de estos cambios (22). No obstante, desaparece la falta de acoso callejero y permanece la multa a las viudas, no existiendo mención a la dispensa (23). El maltrato de marido hacia mujer sigue equiparado al de mujer hacia marido (24).

Tras la Guerra Civil y el establecimiento del franquismo se produce un retroceso social y legal respecto a los derechos de las mujeres. Se reestablece la atenuación de la pena por matar o agredir a la mujer sorprendida en adulterio (destierro por el homicidio, exención de la pena si son lesiones) (25). Esta atenuación de la pena permanecerá hasta la reforma del CP realizada 1973. Se restablecen los delitos de adulterio (26) y amancebamiento (27), castigados ambos con la pena de

“prisión menor”. Persiste la multa a las viudas (28) y la equiparación del maltrato marido-mujer (29).

En 1978 se despenalizan los delitos de adulterio y amancebamiento (30). Esta despenalización se podría considerar un “preámbulo” de la ley del Divorcio, que entraría en vigor en 1981(31).

En 1995 se publica el actual Código Penal, en el que desaparece la atenuante por sorprender al cónyuge en adulterio y la multa a las viudas. Se examinará más detenidamente, incluidas las modificaciones derivadas de la entrada en vigor de la LIVG en los apartados dedicados a la legislación actual.

1.2.2.3 La Violencia de Género en España: Sociodemografía

La sensibilización de la sociedad ha conllevado un aumento de visibilización de la Violencia de Género. Esto repercutido a nivel penal (en 2010 se convirtió en la tercera causa de ingreso en prisión de los hombres en España) (32) y ha permitido conocer con más precisión la extensión y características demográficas del problema. Revisando los informes y estudios publicados por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género es posible comprender la dimensión que la VG tiene en la sociedad española.

Desde 2007 hasta final de 2018 se han presentado 1657551 denuncias por Violencia de Género. De 2007 a 2016 se observaron ligeras variaciones en la cantidad de denuncias (Media de 342 a 390 denuncias diarias según el año, tasa de denuncias por millón de mujeres entre

6094.3 y 7034.1 según año), hallándose un aumento de denuncias considerable en 2017 que se ha mantenido durante 2018 (Media de 456 y 457 denuncias diarias, tasa de denuncias por millón de mujeres de 8168.2 y 8162.0 respectivamente). La mayoría de las denuncias (71.3%) fueron presentadas por las víctimas, bien en el juzgado, bien mediante atestados policiales. El 10.9% de ellas fueron derivadas de partes de lesiones recibidos por los juzgados (33).

Geográficamente, el 63.7% de las denuncias se presentaron en las comunidades más pobladas (Andalucía, Comunidad de Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana), sin embargo, las tasas más elevadas de denuncias por millón de mujeres se localizan en Melilla y Ceuta (34).

A pesar de no presentarse en el informe datos sociodemográficos en detalle sobre las denunciantes, se puede realizar una aproximación utilizando los datos de usuarias del teléfono 016. De las 526906 mujeres que utilizaron el servicio en el periodo 2007-2018, se pudo obtener la edad de 84166. El grupo de edad más representado fue el de 31 a 40 años (29860 mujeres), seguido del de 41 a 50 años (22639 mujeres), presentando una media de edad de 41.5 años (35).

Se obtuvieron datos del estado civil de 141259 usuarias: 79161 de ellas estaban casadas o en situación de pareja de hecho, estando el resto solteras, separadas, divorciadas o en situación de viudedad (36).

Se dispone de los datos sobre el número de hijos de 133818 usuarias, de las cuales 54641 tenía un hijo, 38085 dos hijos y 13982 tres o más hijos (37).

De las 22193 usuarias con situación laboral conocida, 12056 trabajaban, bien en trabajos a tiempo completo, trabajos a tiempo parcial y empleos no regularizados, 2132 eran “amas de casa”, 1098 pensionistas y, 389 estudiantes (38).

Los datos de nacionalidad se comenzaron a recoger en 2008. Desde entonces hasta 2018, recurrieron al 016 67357 nacionales españolas y 18106 nacionales extranjeras. De las extranjeras, la mayoría provenían de América Central y del Sur (12136), seguidas de las nacionalidades del continente europeo (3839) (39).

Respecto a las muertes, 928 Mujeres murieron a manos de sus parejas y exparejas en España entre 2003 y 2017. Aproximadamente un tercio de ellas eran extranjeras, presentando una tasa de asesinatos 3,1 veces mayor que las nacidas en España. La edad media de las víctimas fue de 45.6 años entre mujeres españolas y de 36 años entre extranjeras. Por grupos de edad, el que presenta una tasa de muertes más elevada es el de las mujeres de 35 a 44 años (4.3 asesinatos por millón). El mayor porcentaje de mujeres fallecidas (36.6%) pertenece al grupo de entre 15 y 34 años, el porcentaje disminuye según aumenta el grupo de edad hasta al grupo de mujeres de 65 años o más, donde se observa un leve repunte (40).

En cuanto a la relación con sus agresores, el 76.4% de ellos mantenían una relación afectiva con la mujer en el momento del asesinato (Cónyuge/Compañero sentimental/Novio) mientras que el 23.6% la había mantenido en el pasado (41).

Geográficamente, el mayor número de muertes se produjo en las comunidades autónomas de gran población (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valencia y Comunidad de Madrid). Tomando la tasa de muertes por millón, las más altas se encuentran en Melilla, Baleares, Canarias, Ceuta y Comunidad Valenciana (42).

Observando la tendencia desde 2003, la tasa de muertes por VG ha descendido un 3% anualmente hasta 2017. El mayor porcentaje de muertes se dan en domingos y lunes (43).

1.2.2.4 La Violencia de Género en España: Legislación

El Código Penal de 1995, en vigor con numerosas modificaciones, originalmente cubría el delito de maltrato en el ámbito doméstico, sin distinción de género (44). A comienzos del Siglo XXI, tras la ratificación por parte de España del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas (45) se aprueban algunas leyes que promueven la protección hacia las víctimas de Violencia de Género, llegando el cambio más importante con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que

continúa vigente. Esta ley es complementada por las leyes contra la Violencia de Género de las respectivas autonomías.

La LIVG ley establece en su exposición de motivos la necesidad de actuar de forma social y educativa, así como en los ámbitos judiciales civil y penal para luchar contra la VG, así como ofrecer protección a las víctimas indirectas, como los hijos (46).

Aunque en la Exposición de motivos de la LIVG se define la Violencia de Género como “violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo”, en su Título Preliminar restringe esta definición a la violencia que sufren las mujeres “por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. Dicha puntualización deja fuera del ámbito legal de la Violencia de Género hechos violentos que, según la definición del Convenio de Estambul, deberían ser considerados como tales. Además de a las mujeres, se considera víctimas de Violencia de Género a los menores de edad que familiares o allegados de la mujer agredida (47).

En el Título I la ley se ocupa de los planes de sensibilización y protección en los ámbitos educativo, publicitario y de medios de comunicación y sanitario, en este último contemplándose estrategias de detección precoz e intervención (48). En su título II trata los derechos de las víctimas (sociales, económicos, laborales, etc.). El título III regula la Delegación Especial del Gobierno de Violencia contra la Mujer y el Observatorio Estatal, así como la creación de unidades

especiales en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y planes de colaboración institucionales.

En el título IV (tutela penal) existe un artículo de especial interés para esta tesis doctoral. La sustitución de penas de prisión a reos condenados por delitos relacionados con la VG sólo puede ser por trabajos en beneficios de la comunidad junto a la sujeción a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico (49). Este tipo de programas, como se verá más adelante, tienen un potencial importante para minimizar la reincidencia de los autores de VG.

El título V se conforman los Juzgados de Violencia contra la mujer, así como las disposiciones procesales civiles y penales, la figura del Fiscal contra la violencia sobre la mujer y las medidas de protección a las víctimas. Respecto a este punto, la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, (que dio la consideración de víctimas de VG a los hijos de mujeres maltratadas), contempla que se pueda suspender la patria potestad, modificar o suspender el régimen de visitas de los menores dependientes del inculpado (50).

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LGILS), da a las víctimas de violencia sexual una consideración similar a las de Violencia de Género a nivel de amparo legal, ampliando asimismo las funciones de los organismos dedicados a la Violencia de Género, como las UVIF, para asistir a las mujeres víctimas de violencia sexual (51).

1.2.2.5 El “Perfil del Maltratador”

Un objetivo en la lucha contra la Violencia de Género que ha suscitado interés por años es el de establecer una tipología de los hombres maltratadores. El establecimiento de perfiles permitiría establecer medidas de prevención e intervenciones específicas para cada uno de los tipos de maltratador (52).

En líneas generales, la aparición de la violencia de género viene condicionada por una serie de factores: Biológicos (genético, neurológico, hormonal), psicológicos (crianza en ambiente violento-hostil) y sociales (integración de la violencia en la autoidentidad, tolerancia social y por parte de la víctima en contextos culturales determinados) (53). Se han identificado unos rasgos generales que suelen estar presentes en muchos maltratadores: vivencias o sufrimiento directo de violencia en su familia de origen, dificultad de reconocer y expresar sentimientos (tanto propios como ajenos), tendencia a minimizar las agresiones y justificarlas por el comportamiento de la víctima, creencia de que la violencia es una forma aceptable de resolución de conflictos y uso de la violencia como herramienta para obtener y mantener el control en la relación (54). También son habituales los sesgos cognitivos relacionados con los roles sociales de hombres y mujeres, así como los sesgos relacionados con la legitimación de la violencia (55).

Aunque el haber sufrido violencia en el entorno familiar o haberla presenciado no implica necesariamente que el niño vaya a convertirse en un maltratador en el futuro, es un factor de riesgo que debe

considerarse. La exposición a la violencia genera un impacto profundo en el desarrollo del niño. En la primera infancia se desarrolla un estilo de apego inseguro. En la infancia media comienzan los problemas emocionales y dificultades en la socialización. En la adolescencia pueden aparecer numerosas alteraciones conductuales, desde depresión y aislamiento social hasta conductas promiscuas o delictivas. Aproximadamente un tercio de los menores, (de ambos géneros) interiorizan los sesgos cognitivos relacionados con los roles de género y la justificación de la violencia, lo que provoca una transmisión transgeneracional: los hombres tendrán más probabilidades de maltratar a sus futuras parejas, las mujeres se convencerán de que su papel es el de sometimiento al hombre y aceptarán el maltrato como algo normal. Las intervenciones socio-terapéuticas tempranas pueden ayudar a romper este ciclo (56).

Más allá del perfil general, existen varias clasificaciones de maltratadores tipo, enfocadas en distintas variables. Entre las clasificaciones más conocidas y clásicas se encuentran la de Gottman et al. y la de Holtzworth-Munroe y Stuart, la cual asimismo es asimilable a la clasificación establecida por Dutton (50).

La clasificación de Gottman et al. está basada en la respuesta psicofisiológica que tienen los hombres maltratadores en el contexto de una discusión con su pareja. Según esta clasificación, encontraríamos dos perfiles de maltratador:

- Tipo 1 (maltratadores tipo “cobra”): Hombres con tendencias antisociales y sádicas, en los que se observa una disminución de la

frecuencia cardíaca durante las discusiones conyugales. Este tipo de maltratadores ejercen violencia instrumental, con un objetivo concreto, y planificada hacia su pareja. Su violencia se caracteriza por un elevado nivel de agresividad y menosprecio hacia sus víctimas. Tras la agresión, no experimentan remordimientos ni culpabilidad. También es habitual que se muestren hostiles y agresivos en otros contextos sociales (trabajo, amigos...) y tienen mayor probabilidad de desarrollar dependencia a sustancias.

- Tipo 2 (maltratadores tipo “pitbull”): Caracterizados por el apego inseguro, presentan rasgos de personalidad límites y evitativos. Su frecuencia cardíaca aumenta en el contexto de discusión de pareja, presentando dificultades para el control de la ira y una violencia menos planificada. Es habitual que sufran problemas relacionados con la expresión afectiva. Este maltratador no generaría tanto miedo ni anulación de personalidad en su víctima como el tipo 1, por lo que habría más divorcios entre las parejas en las que el hombre es un maltratador tipo 2.

La reacción psicofisiológica observada por Gottman ha sido replicada en una muestra española, tanto en hombres como en mujeres (57).

Holtzworth-Munroe y Stuart presentaron otra clasificación, basada en 3 ejes: Funcionamiento Psicológico, Extensión de la Violencia y Gravedad de las Conductas, estableciendo tres tipos de maltratadores, con un cuarto añadido posteriormente. Estos tres tipos presentan un paralelismo importante con la clasificación de Dutton (58), por lo que se pueden presentar ambas clasificaciones simultáneamente:

- **Maltratadores Limitados al ámbito familiar (Según Dutton: Sobrecontrolados):** La mayoría de los maltratadores (50% en el estudio teórico, 36% en el empírico). Fundamentalmente dirigen la violencia hacia la pareja y los hijos. La violencia sería menor en frecuencia que en los otros tipos de maltratadores. Es frecuente el arrepentimiento y la probabilidad de agresión sexual a su pareja es baja. En su familia de origen pueden haber sufrido bajos o moderados niveles de violencia.
- **Maltratadores Límites (boderline) o disfóricos (Según Dutton: Impulsivos/Subcontrolados):** Presentan un mayor nivel y frecuencia de violencia hacia su familia que los sobreocontrolados, pudiendo presentar asimismo violencia fuera del ámbito familiar. Tendencia a oscilar desde el control hacia el enfado de forma súbita, frecuentemente justificando sus actos. Generalmente han sufrido mayor nivel de agresividad en su familia de origen que los maltratadores sobrecontrolados.
- **Maltratadores Violentos en general/antisociales (Según Dutton: Instrumentales):** Su violencia es generalizada, no limitada al ámbito familiar. Dicha violencia se emplea de forma fría, como un instrumento para conseguir lo deseado. Presentan un nivel elevado de narcisismo y bajo nivel de arrepentimiento. Suelen haber estado sometidos a un elevado nivel de violencia en su familia de origen, y presentan tendencia al abuso de sustancias. Son los maltratadores cuyas parejas presentan un mayor riesgo de violencia grave y muerte.

- **Maltratador Antisocial de bajo nivel:** Se añadió a raíz de los estudios de validación de Holtzworth-Munroe y Stuart. Se trata de un perfil intermedio entre el limitado al ámbito familiar y el violento en general/antisocial, presentando unas tendencias antisociales más moderadas que los otros últimos pero mayor violencia y misoginia que los primeros (52).

1.2.2.6 Violencia de Género y Trastorno Mental

Existe la percepción popular de que el hombre que ejerce violencia contra su pareja tiene algún tipo de alteración a nivel de mental, por ejemplo, una adicción o un trastorno psicótico. Sin embargo, analizando las sentencias emitidas en casos de homicidios de Violencia de Género se observa que el consumo de drogas y el trastorno mental de los agresores tan sólo jugaron un papel significativo en una sexta parte de las sentencias (59). Es más habitual la existencia de sesgos cognitivos y déficits en el desarrollo de la psique, así como síntomas psiquiátricos aislados, que la presencia de un trastorno mental diagnosticable (60). Tampoco se observa que en los casos de VG exista una diferencia sustancial respecto a la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos respecto a otro tipo de delitos, aunque parte de los maltratadores presentan un patrón de agresividad similar al del Trastorno Explosivo Intermitente (61).

En los casos en los que se observa la aparición de patología psicótica, es lógico pensar que las patologías que cursan con delirios celotípicos

(como algunos casos de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes o alcoholismo crónico) serán los trastornos mentales más relacionados con la violencia de género. Ocasionalmente también se pueden observar casos de violencia en fases maníacas del trastorno bipolar, que cursan con irritabilidad aumentada, así como suicidios ampliados en trastornos depresivos graves que cursen con delirios de ruina (62).

Los Trastornos de la Personalidad (TP) son una de las patologías más asociadas a la violencia en general y a la violencia de género en particular. Los TP del clúster B son los más prevalentes, junto a los No Especificados, en los estudios en los que se analiza la existencia de trastorno mental entre hombres condenados por violencia contra su pareja. Dado que los TP pertenecientes al clúster B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) se caracterizan por una elevada impulsividad, baja tolerancia a la frustración y habitual comorbilidad con consumo de sustancias, no se trata de una asociación sorprendente. Dentro del propio clúster, los pacientes diagnosticados de Trastorno Antisocial de la Personalidad tienden a emplear la violencia de un modo instrumental, observándose una hipoactivación de su sistema nervioso autónomo en el contexto de conductas violentas. Por el contrario, los pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad Límite presentan unas conductas violentas más reactivas y emocionales, existiendo una hiperactivación autonómica durante la violencia (63). Considerando la Psicopatía como una entidad separada del trastorno de la personalidad antisocial, encontramos una prevalencia relativamente baja en los maltratadores de pareja, probablemente porque se trata de

una condición con una baja prevalencia en general y porque diversos factores en las características del maltrato ejercido por psicópatas pueden influir en la falta de visibilización, como el maltrato fundamentalmente psicológico o el miedo y anulación de las víctimas (64).

El Trastorno de la Personalidad Límite tiene un perfil de maltrato distinto, en el que el maltratador presenta un estilo de apego inseguro, celos y miedo al abandono, real o figurado, y el locus de control externo, culpando a la pareja del maltrato, que habitualmente suele ser psicológico.

En el Clúster C destaca por su importancia en la VG el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad, en el que se presenta una estructura de la personalidad rígida y tendente a la rutina. La violencia se produce debido a una explosión de la ira acumulada. Esta explosión puede estar facilitada por el consumo de alcohol y generalmente se produce como respuesta a las críticas o a una sensación subjetiva. La violencia se dirige especialmente hacia personas conocidas y en solitario. Este trastorno se observa con frecuencia en las muestras forenses. También se pueden dar casos de Violencia de Género en el trastorno Dependiente de la personalidad, relacionado especialmente con episodios de abandono (real o figurado).

El trastorno Ansioso-Evitativo de la personalidad, en el contexto de la violencia contra las mujeres, es más común en los delincuentes sexuales. Los pacientes diagnosticados con este trastorno pueden hacer

a una mujer (conocida o desconocida) símbolo de su fracaso social, hacia la que pueden dirigir la violencia (65).

En la cultura popular, existe una asociación importante entre el consumo de alcohol y la Violencia de Género. Estudios muestran que, en efecto, un porcentaje importante de los maltratadores padecen trastornos por consumo de alcohol. La frecuencia de uso de esta sustancia entre maltratadores viene dada tanto por su ubicuidad social como por el efecto facilitador que tiene sobre las conductas violentas (60). El alcoholismo no es un factor causal independiente de VG, si no que actúa como desencadenante en hombres que, por diversos factores, están predispuestos a ejercerla. La cocaína también incrementa el riesgo de violencia en general y de VG en particular. Al igual que sucede con el alcohol, una persona bajo los efectos de la cocaína tiende a dirigir la atención hacia los estímulos percibidos como agresivos y presenta una inhibición reducida de la respuesta violenta hacia dichos estímulos (66). El consumo de cannabis no está asociado con el incremento del riesgo de VG, probablemente debido a sus efectos hipoactivadores y la aparición de Síndrome Amotivacional en consumidores crónicos, aunque puede estar asociado indirectamente a la aparición de VG en los casos en los que actúe como desencadenante de episodios maniformes o aparición de clínica psicótica en individuos predispuestos. Los opioides presentan un riesgo aumentado de VG especialmente cuando aparecen síntomas abstinenciales, durante los cuales aumenta el riesgo de conductas violentas por parte del consumidor. En muestras de sujetos que estaban en tratamiento por dependencia de opiodes se observa

asimismo un riesgo incrementado de Violencia de Género cuando se combina el consumo de antagonistas de opioides con benzodiazepinas o cocaína (67).

1.2.3 El Homicidio

1.2.3.1 Concepto

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define “homicidio” como “muerte causada a una persona por otra”. Esta definición es muy amplia y dificultaría la comprensión y el estudio del fenómeno. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC) proporciona otra definición en su Clasificación Internacional de Delitos con Fines Estadísticos (ICCS). Se considera “homicidio intencional” la “muerte ilegal infligida a una persona con la intención de causar la muerte o lesiones graves”, definición que se utiliza como referencia en este estudio.

Para que se cumpla esta definición tienen que concurrir tres factores: 1) Muerte de una persona a manos de otra. 2) Intención por parte del agresor de matar o causar graves lesiones a dicha persona. 3) Ilegalidad del acto.

La ICCS considera que el homicidio debe ser responsabilidad total del autor, lo que lo diferenciaría de las muertes sucedidas en guerras y conflictos armados (en los que los promotores de las muertes son los actores implicados en el conflicto), el suicidio (violencia autoinfligida), las muertes que no infringen la legalidad (intervenciones policiales,

defensa propia, etc.) y las muertes no intencionales (por imprudencia o negligencia).

El homicidio es un fenómeno de suma importancia por tratarse de la máxima expresión de violencia posible entre seres humanos y el hecho antijurídico de mayor gravedad e irreversibilidad. La gravedad del homicidio se ve aún más aumentada al observar los daños indirectos que causa. Genera un gran sufrimiento en familiares y allegados de la víctima, así como un impacto significativo en la comunidad, provocando debilitamiento a nivel económico, social y gubernamental. También presenta una indudable relevancia para el estudio de la violencia en general. Dado que es un hecho condenado casi universalmente a lo largo de la historia y las distintas sociedades y, generalmente, las estadísticas de homicidios tienen una alta fiabilidad y validez, estudiar los homicidios permite estudiar los niveles de violencia de distintos estados y sociedades, de manera transversal (68).

1.2.3.2 Datos Sociodemográficos

La UNDOC clasifica el homicidio en tres tipos principales: Relacionado con actividades criminales, Relacionado con agendas sociopolíticas y Relacionado con conflictos interpersonales. La suma de estos tres tipos de homicidio causa más muertes en el mundo que las causadas por la suma de todos los conflictos armados.

A nivel económico, la pobreza es un importante factor de riesgo para la producción de homicidios. En las economías en contracción es más

probable que surja la criminalidad como medio de subsistencia al no existir oportunidades económicas, que el Estado de Derecho sea inefectivo, exista dificultad de acceso a servicios de emergencia etc. A pesar de ello, más importante que la economía en contracción es la desigualdad económica; las tasas de homicidio aumentan significativamente en países en los que la brecha entre las personas que tienen mayores ingresos y los que tienen menos es más grande (68). El acceso y falta de control sobre las armas de fuego, la ineficacia de los poderes públicos, la erosión o inexistencia del Estado de Derecho y la presencia en un territorio de actores no estatales armados (organizaciones terroristas, guerrillas, etc.) contribuyen a aumentar el riesgo de homicidio (69).

Respecto a los factores individuales que aumentan el riesgo de violencia homicida, destacan:

- Género Masculino: los hombres cometen el 90% de los homicidios y son el 80% de las víctimas.
- Edad: Especialmente en casos relacionados con bandas organizadas y conflictos armados, tanto víctimas como victimarios suelen tener entre 15 y 34 años.
- Nivel educativo: Cuanto menor es el nivel educativo, mayor riesgo de ser víctima o victimario. Este factor está relacionado con la pobreza y la desigualdad
- Zonas de residencia: Vivir en núcleo urbano puede ser tanto un factor protector (mayor acceso a servicios de emergencia, mayor

presencia de fuerzas de seguridad) como de riesgo (mayor anonimidad, mayor presencia de criminalidad) de homicidio, generalmente existiendo una gran variabilidad entre barrios de la misma ciudad. En países en conflicto, el medio rural presenta un riesgo aumentado de ser víctima de homicidio (68).

- Profesión o pertenencia a un colectivo: Especialmente importante para las víctimas según la situación social. Existen países en los que la profesión periodística conlleva un riesgo aumentado de homicidio. Del mismo modo, colectivos como los homosexuales o los sintecho tienen mayor riesgo de ser asesinados en países en los que la violencia contra ellos está socialmente aceptada.
- Creencias religiosas: practicar alguna religión puede ser un factor protector contra el homicidio, probablemente por la presencia de una comunidad que presta apoyo y el menor involucramiento en actividades criminales (70). Sin embargo, el pertenecer a una religión minoritaria o desobedecer los preceptos de una religión en países en los que existe un credo oficial puede ser un factor de riesgo para ser víctima de homicidio (71).

Observamos una disminución en las tasas de homicidio si las comparamos con las de hace 25 años. La población mundial ha aumentado a mayor ritmo que el número total de homicidios (hubo 362000 homicidios en 1990 y 464000 homicidios en 2017) lo que ha supuesto una disminución de la tasa de homicidios por 100000 habitantes (7.4 homicidios por 100000 habitantes en 1993, 6.1 homicidios por 100000 habitantes en 2017). A nivel mundial, existe una

gran variación por regiones, presentando Asia, Europa y Oceanía unas tasas de homicidio por debajo de la media mundial. África y América presentan las tasas de homicidios más elevadas (68).

España presenta una de las tasas mundiales de homicidios más bajas del mundo, con 0.7 homicidios por 100000 habitantes en 2017, en comparación con la tasa de 6.1 homicidios por 100.000 habitantes a nivel mundial (68). Sin embargo, existe una percepción a nivel social de que la violencia está en constante aumento. Esta discrepancia entre la estadística y la percepción popular se explica por la sensibilización de la población a la violencia. La disminución de la exposición en la vida cotidiana a la violencia y a la criminalidad hace que los actos violentos leves, los cuales han aumentado en los últimos años, sean percibidos en la actualidad como más graves y frecuentes de lo que fueron percibidos en el pasado. Asimismo, la tendencia hacia la judicialización de conflictos que anteriormente se resolvían en el ámbito comunitario contribuye a aumentar la sensación de que la violencia social está en constante aumento (72).

1.2.3.3 Legislación en España

Dada la gravedad del homicidio, es uno de los delitos más duramente castigados. El homicidio se castiga con una pena de 10 a 15 años de prisión (73). Se considera un delito de Asesinato si la agresión se realiza con alevosía, por precio, recompensa o promesa, si existe ensañamiento (el aumento deliberado del sufrimiento de la víctima), o en el contexto

de la comisión de otro delito o la ocultación de este. El condenado por asesinato puede recibir una pena de entre 15 años de prisión hasta Prisión Permanente revisable, según las circunstancias (74).

Si el homicidio es debido a una imprudencia, se considera “Homicidio Imprudente”. Si se trata de una imprudencia grave, está castigado con prisión de uno a cuatro años, que pueden convertirse en seis, en circunstancias concretas. Si se trata de una imprudencia menos grave, se castiga con pena de multa de tres a dieciocho meses (75).

Aunque no está contemplado en la legislación, existe en la jurisprudencia la figura del homicidio preterintencional, en el que una persona ha causado la muerte a otra, pero no se puede considerar que haya existido dolo o imprudencia. La ampliación del concepto de dolo hace que la consideración de un homicidio como preterintencional sea cada vez más anecdótica (76).

1.2.3.4 Homicidio y Violencia de Género

Debido a la persistencia de los roles de género y la monopolización de la violencia por los hombres, el homicidio es considerado un fenómeno eminentemente masculino, por ello, los homicidios que implican a mujeres como autoras o, más frecuentemente, víctimas, son objeto de estudio por su excepcionalidad.

En los años 70 se acuñó el término “feminicidio” para hacer referencia a los homicidios en los que las víctimas eran asesinadas por el hecho de ser mujeres. Este término presenta una dificultad de uso importante,

tanto por las diferentes definiciones de Violencia de Género existentes como por la dificultad de establecer el móvil de muchos homicidios en los que las víctimas eran mujeres, lo que hace que resulte complicado establecer una tasa de feminicidios coherente a nivel mundial. La UNDOC utiliza como aproximación los homicidios de mujeres cometidos por parejas íntimas u otros miembros de la familia, dado que la mayoría de los homicidios de mujeres son cometidos por sus parejas o miembros de la familia. El enfoque de la UNDOC nos da unas cifras aproximadas, aunque no exactas, sobre los feminicidios.

Analizando la evolución de las tasas de homicidios por género, se observa que antes de la Segunda Guerra Mundial las tasas de homicidios de hombres y mujeres eran bastante similares. Tras concluir la guerra, la tasa de homicidios global aumenta y los homicidios con víctimas masculinas comienzan a superar a los homicidios con víctimas femeninas. Se crea una brecha de género, que se vuelve más marcada cuantos más asesinatos en total se producen.

Cuando la tasa de homicidios baja, se observa el fenómeno inverso: en los países en los que los homicidios en general disminuyen, la tasa de hombres fallecidos baja más rápidamente que la de mujeres. Esto es debido a que los factores que motivan las muertes de hombres (como la economía o la criminalidad) son más fácilmente modificables a medio plazo, mientras que los asesinatos de mujeres vienen motivados por cuestiones socioculturales muy arraigadas, requiriendo intervenciones más prolongadas en el tiempo (68).

Para intentar categorizar que maltratadores son los que más riesgo tienen de matar a su pareja, Echeburúa et al. desarrollaron la Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja, actualmente revisada (EPR-V). Esta escala analiza 20 ítems y les asigna una puntuación para evaluar el riesgo de cometer actos de violencia grave contra la pareja. De estos 20 ítems, se han observado 6 que se encuentran en el 75% de los casos evaluados como de Riesgo Alto: La violencia física intensa, susceptible de causar lesiones; el aumento de la gravedad y frecuencia de violencia en el último mes; las amenazas graves o de muerte en el último mes; los agresores que presentan celos intensos o conductas controladoras; el abuso de alcohol u otras sustancias; y la falta de empatía con crueldad, desprecio y falta de arrepentimiento. Todos estos ítems son dependientes del agresor, estando relacionados con su personalidad y patrones de conducta, así como con el tipo de violencia que habitualmente ejerce (77).

Se ha postulado que en los homicidios por Violencia de Género existe el conocido como “efecto llamada”. Esta hipótesis plantea que, cuando se informa en los medios de comunicación sobre un homicidio de Violencia de Género, los hombres que presentan factores de riesgo para ejercer violencia grave hacia su pareja o han tenido sentimientos homicidas hacia ella pueden verse impulsados a pasar al acto. Sería un fenómeno similar al llamado “efecto Werther” en lo relativo a los suicidios. Existe evidencia que apoya parcialmente la existencia de este fenómeno, aunque existe una mayor cantidad de evidencia que indica que no existe una agrupación temporal entre los homicidios por VG, lo

que indicaría que el “efecto llamada” no existe o no influye significativamente sobre la comisión de homicidios (78,79).

1.2.3.5 Homicidio y trastorno Mental

El Trastorno Mental se percibe socialmente como una explicación de las conductas violentas: el riesgo de “morir a manos de un loco” parecería muy alto si atendemos a las representaciones de la enfermedad mental que se realizan en los medios de comunicación y la cultura popular. No obstante, existe evidencia de que las personas que padecen un trastorno mental son con más frecuencia víctimas de violencia que perpetradores de la misma (80). Cuando los pacientes psiquiátricos incurrir en actos violentos, están dirigidos con más frecuencia hacia si mismos que contra terceras personas. Se calcula que el 90% de los suicidios presentan una patología psiquiátrica de base.

A pesar de este hecho, existe evidencia de que el riesgo de llevar a cabo conductas violentas y homicidas puede verse aumentado en presencia de ciertas patologías mentales. Los pacientes de Esquizofrenia tienen 4 veces más probabilidades de llevar a cabo un acto violento no homicida que la población general. En población penitenciaria, el 5-10% de los homicidas está diagnosticado de esquizofrenia, frente al 1% de prevalencia de la enfermedad en población general. Este dato, de forma aislada, podría indicar que el diagnóstico de Esquizofrenia aumenta el riesgo de homicidio, pero la conclusión es menos aparente cuando se tiene en cuenta que entre los enfermos de Esquizofrenia existe una

mayor presencia de factores sociodemográficos que aumentan el riesgo de violencia, tales como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo, la exclusión social o la falta de apoyo familiar. Estos factores aumentan el riesgo de violencia tanto o más que la propia enfermedad, lo que debilita la asociación entre Esquizofrenia y homicidio. De entre estos factores no relacionados directamente con la enfermedad, destaca el consumo de sustancias. En los casos de abuso de sustancias el riesgo de violencia se ve aumentado casi el doble que cuando existe un diagnóstico de Esquizofrenia.

Hay una serie de características clínicas que indicarían un riesgo aumentado de violencia: el inicio precoz de la enfermedad, las hospitalizaciones frecuentes, el deterioro cognitivo o neurológico y la historia de agresividad, dirigida tanto hacia uno mismo como hacia los demás. La mayoría de los incidentes violentos cometidos por personas que padecen un Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia son llevados a cabo por un grupo de pacientes que presentan conductas agresivas de baja gravedad frecuentes, repetitivas y poco relacionadas con el curso de la enfermedad. Por el contrario, la violencia homicida protagonizada por pacientes afectados de Esquizofrenia es menos común, relacionada fuertemente con el curso psicopatológico de la enfermedad. Esta violencia es transitoria y de mayor intensidad. Como en el caso de la Violencia de Género, los homicidios en los que la Esquizofrenia juega un papel relevante están condicionados por la intensidad y naturaleza de los síntomas psicóticos que padece el agresor. Entre estos síntomas

destacan los relacionados con el paranoidismo, especialmente cuando se combinan con factores ambientales de estrés (81).

La asociación de Trastornos de la Personalidad y violencia es generalizada, por lo que el riesgo de homicidio también se verá incrementado en su presencia. En general, el riesgo de violencia en los TP viene mediado por la ira, que se activa de formas distintas según la patología concreta. En el TP paranoide la ira se desencadena por celos o por deseos de venganza, en el Esquizoide, como reacción aversiva al contacto social o la inadecuación de este, en el Esquizotípico puede ser reactiva a ideaciones delirantes o extravagantes. La ira en el TP Límite aparece como respuesta frente al miedo al abandono o mediada por impulsividad, en el TP Narcisista se desencadena como respuesta a la frustración, en el Trastorno Antisocial, la ira y la violencia se emplean como herramienta para conseguir los fines propios, favorecidas especialmente por la ausencia de empatía del individuo. En el TP evitativo, la ira es una respuesta al rechazo percibido por los demás, en el dependiente, la violencia puede ser una forma de integrarse en un grupo o de mantener al objeto de la dependencia cerca. En el Trastorno Histriónico de la Personalidad, la ira y la violencia son una forma de focalizar la atención de terceros en el individuo. En el TP Anancástico, aparecen como respuesta a la ruptura del estilo de vida rígido.

La ira no es igual de frecuente en todos los TP, siendo más habitual entre los que presentan rasgos impulsivos, paranoides y narcisistas, o no son capaces de regularse emocionalmente. (65)

La concomitancia de un Trastorno por Consumo de sustancias incrementa el riesgo de violencia, bien por el efecto facilitador en el caso de sustancias estimulantes y desinhibitorias, como cocaína, alcohol o anfetaminas, bien porque la búsqueda de la sustancia desencadene conductas violentas, como disputas entre traficantes, robos para poder procurar la siguiente dosis, etc. (65).

Además de su habitual origen en la emoción de la ira, la conducta homicida en pacientes afectos de un Trastorno de la Personalidad presenta unas características diferenciadas:

- TP Paranoide: generalmente cometen el homicidio de forma premeditada y planificada. Existe un componente prodrómico, con amenazas o actos violentos de menor intensidad. Consideran su violencia reactiva a una provocación o venganza hacia las víctimas, sintiéndose justificados en sus actos. (82)
- TP Esquizoide: raramente presentan conductas violentas no relacionadas con la invasión de su espacio personal, pero cuando estas se dan son potencialmente extremas. En un estudio se halló que casi la mitad de los asesinos en serie cumplen los criterios de este trastorno (83).
- TP Esquizotípico: presenta una superposición con la Esquizofrenia, siendo las conductas homicidas reactivas a motivaciones extravagantes e ideas delirantes o mágicas (80).
- TP Antisocial: el más asociado a la delincuencia y a la violencia, dado que se caracteriza por el menosprecio a los derechos de los

demás, impulsividad, irritabilidad, irresponsabilidad e indiferencia a las consecuencias de sus actos. Echeburúa et al. distinguen dos subgrupos de pacientes con TP antisocial, según las circunstancias en las que se produzcan las conductas: el de violencia reactiva/emocional y el de violencia proactiva/instrumental. En el primer grupo, los homicidios más habituales se darían como consecuencia de un ataque de ira o frustración, mientras que en el segundo pueden estar orquestados y perseguir un fin concreto. Aunque la psicopatía puede confundirse con el TP Antisocial, dado que comparten muchas características, se trata de constructos distintos. El TP Antisocial presenta una mayor dependencia del entorno, por lo que es más frecuente que se desarrolle en ambientes desfavorecidos, mientras que la Psicopatía parece ser más dependiente de alteraciones neurobiológicas. Los psicópatas carecen de resonancia afectiva, mostrándose incluso más indiferentes a los derechos y emociones de los demás TP Antisociales. Cuando los psicópatas cometen homicidios, estos no tienen por qué tener un desencadenante concreto, como es habitual en los TP antisociales (65).

- TP Límite: el trastorno de personalidad más frecuente en muestras forenses entre mujeres, y el segundo entre hombres. Los actos violentos suelen ser reactivos a una disregulación emocional, aumentando el riesgo si se asocia al consumo de sustancias (muy frecuente en este tipo de trastornos) (64). Dutton describe una personalidad abusiva concreta (La Organización de la Personalidad

Límite) que presenta apego inseguro, celos y tendencia a culpabilización de la pareja. La escalada de conductas, junto a la impulsividad, pueden llevar al homicidio de la pareja en última instancia (84).

- TP Narcisista: los homicidios más habituales estarían relacionados con una herida significativa hacia su yo (la conocida como Herida Narcisista). También presentan un riesgo importante cuando el narcisismo se asocia a rasgos paranoides. Dado que se trata de un trastorno con una gran variabilidad de presentación hay constructos teóricos que diferencian tres subtipos de narcisista: Maligno, Arrogante y Compensador. El más implicado en conductas homicidas sería el Narcisista Maligno, que presenta una importante crueldad egosintónica y características comunes con la psicopatía (85).
- TP Histriónico: salvo cuando existe comorbilidad con otro TP, las conductas homicidas o de violencia extrema no son frecuentes, siendo generalmente reactivas a estados de humillación percibida (65).
- TP Obsesivo-Compulsivo (Anancástico): debido a que su violencia está mediada por la intolerancia a la crítica y la necesidad de mantener el control, una cantidad importante de homicidios relacionados con VG están cometidos por hombres que cumplen criterios para este trastorno (86).

- TP Dependiente: aunque este tipo de pacientes no son propensos a la violencia, ésta puede aparecer de forma reactiva ante el abandono de la persona de la que dependen. Esto hace que exista riesgo aumentado de asesinar a su pareja cuando se inicien los trámites de separación o divorcio, al sentirse abandonados por el objeto de su dependencia (65).
- TP Ansioso-Evitativo: la violencia sexual es más común que la homicida, aunque pueden pasar a la violencia letal durante una agresión de otro tipo debido a la pérdida de control que les ocasiona la ira acumulada (65).

Un estudio realizado en Reino Unido halló evidencia de que el trastorno mental padecido por el agresor influye en la elección del mecanismo lesivo. En la Esquizofrenia, más de la mitad de los homicidios se cometieron con arma blanca, lo cual representaba una proporción significativamente mayor frente al resto de diagnósticos. Este fenómeno se debe a que, ante síntomas psicóticos que hacen que el sujeto perciba una amenaza inminente contra su vida, ideas delirantes de persecución, autorreferencias, etc., se ve impulsado a portar un arma para su protección. Las armas blancas, especialmente cuchillos de cocina o similares, son especialmente accesibles, por lo que serían las elegidas por la mayoría de los pacientes psicóticos. Esta hipótesis se ve reforzada porque la mayoría de los sujetos presentaban clínica psicótica activa en el momento del homicidio y tendían a mantener el arma homicida en su persona, en lugar de intentar deshacerse de la evidencia (87).

Los homicidas diagnosticados de un trastorno afectivo (Depresión y T. Bipolar), especialmente si presentan clínica activa en el momento de cometer el homicidio, presentan más tendencia al uso de estrangulación, asfixia y ahogamiento que de los grupos (14% en el grupo de T. afectivos contra el 7% de la población general). Este aumento puede venir dado porque las víctimas de estos pacientes suelen ser de menor edad que las víctimas de otros grupos (por ejemplo, madres deprimidas que asesinan a sus hijos), siendo el estrangulamiento y la asfixia mecanismos de homicidio que se dan especialmente cuando el agresor tiene una superioridad física significativa sobre la víctima (87).

Los agresores que padecían dependencia a sustancias presentan una proporción significativamente mayor que en el resto de los diagnósticos de métodos relacionados con las propias sustancias de abuso (como inyección intencionada de sobredosis de heroína o sustancias tóxicas u homicidio negligente por intoxicación por metadona). Entre los Trastornos de la Personalidad, existe una proporción mayor de uso del propio cuerpo (puñetazos, patadas u otro tipo de golpes), fenómeno que también se observa en los homicidas con dependencia de alcohol. En este último grupo la tendencia a utilizar armas blancas estaba circunscrita a los homicidios cometidos contra parejas y exparejas. Los homicidas que cumplen criterios de Patología Dual (Trastorno Mental grave unido a trastorno por consumo de una o más sustancias) usarían métodos considerados especialmente agresivos con más frecuencia. Más de la mitad de los homicidas que cumplían criterios Trastorno Mental Grave también cumplían criterios de Patología Dual (87). En

una muestra española no se hallaron estas diferencias *modus operandi*, siendo el arma blanca el método usado por casi cuatro quintas partes de todos los agresores (88).

Figura 1. Mecanismos homicidas usados con mayor frecuencia con respecto a la población general, según trastorno mental



1.2.4 La Imputabilidad

1.2.4.1 Concepto

Es habitual que ante crímenes que puedan resultar difíciles de comprender por sus circunstancias, crueldad etc. se tienda a asumir que sus autores no son "personas normales", si no personas enfermas o afectadas de algún tipo de anomalía. Sin embargo, años de investigación en Salud Mental y criminología demuestran que el contexto y las variables situacionales son los factores más determinantes de la conducta entre seres humanos (89).

La imputabilidad se podría definir como “la capacidad de culpabilidad” o, de forma más extensa, “La capacidad de un ser humano de comprender la ilicitud del hecho y obrar en base a este conocimiento”. Es decir, para que un sujeto pueda calificarse de imputable, debe tener

las facultades mentales lo suficientemente desarrolladas como para comprender que está cometiendo un hecho antijurídico y la libertad de acción para decidir cometerlo. (90).

La imputabilidad depende de la madurez física y psíquica del sujeto, así como de la integridad de las capacidades cognoscitiva y volitiva. La capacidad cognoscitiva, también llamada capacidad intelectual o de conocer, es la capacidad de una persona de percibir la información del entorno y comprenderla, así como mantener íntegro su concepto del "yo". Si la cognición está conservada, el individuo será capaz de distinguir la ilicitud del acto. La capacidad volitiva, también llamada capacidad de obrar o voluntad, es la capacidad del sujeto de controlar su conducta y elegir libremente cometer el ilícito.

1.2.4.2 Factores que afectan a la imputabilidad

Se deben cumplir unos determinados requisitos para que la imputabilidad se considere alterada. La comprensión de la ilicitud del hecho se extiende a las circunstancias del hecho en sí. Un paciente con clínica psicótica activa puede mantener su comprensión de que no se debe matar, pero si la clínica psicótica le hace percibir que su vida está en peligro inminente, se vería justificado internamente para cometer el homicidio en legítima defensa. En este caso, el agresor mantenía su capacidad de conocer respecto a la legalidad de quitarle la vida a otro ser humano, pero no la mantenía respecto a las circunstancias del homicidio. Un ejemplo de alteración de la voluntad sería una persona

que, en el contexto de una psicosis (por ejemplo, una Esquizofrenia que cursa con un episodio psicótico agudo) actúa impelido por sus alucinaciones, no pudiendo controlar su conducta por miedo a las consecuencias de no hacer caso a los mensajes alucinatorios. La alteración total de la voluntad es habitual en los trastornos psicóticos, donde podemos observar fenómenos como la agitación psicomotriz y la catatonía. Los estados de ansiedad, el desbordamiento emocional o disociación de los Trastornos de la Personalidad, los rituales del Trastorno Obsesivo Compulsivo y las reacciones hacia un objeto fóbico son otros ejemplos de capacidad de obrar alterada. Esta alteración también se produce en ciertos consumos de sustancias, que pueden anular los mecanismos cerebrales de inhibición conductual. Para que se consideren alteradas las capacidades cognoscitiva y volitiva, la alteración debe ser debida a un mecanismo patológico que no pueda ser controlado por el sujeto. Si es previsible la comisión de un delito bajo los efectos de la sustancia tampoco se aplica este atenuante. Un ejemplo de esta situación es la no atenuación de la pena a un marido que agredió a su mujer bajo los efectos del alcohol. Dado que presentaba conductas agresivas hacia ella cada vez que bebía, la sentencia concluye que era previsible que cometiera un delito de maltrato al ingerir alcohol (91).

Es necesario tener en cuenta que la mención en el Código Penal de "anomalía o alteración psíquica" no implica que el que exista en el sujeto una base patológica, rasgos de personalidad disfuncionales etc. sea suficiente para que la imputabilidad se vea modificada. Dicha anomalía o alteración deben ser de intensidad suficiente para alterar el

conocimiento o la voluntad del individuo. Por último, debe haber una relación de sentido entre la afección y la conducta ilícita. Por ejemplo, un primer Episodio Psicótico Agudo que cause en el paciente delirio de persecución no justificaría un atraco a un banco; la sintomatología del paciente no le impediría comprender que atracar un banco es un delito, ni la certeza de que le están persiguiendo estaría relacionada con la planificación y comisión del atraco (90).

En el Código Penal Español, además de la Eximente Completa de la culpa, en la que se considera que el sujeto presentaba una alteración plena de su imputabilidad, se contemplan dos figuras adicionales: La Eximente Incompleta y la Atenuación de la culpa. En la eximente de carácter incompleto se considera que la comprensión o voluntad no están completamente anuladas, sin embargo, se encuentran notablemente mermadas. En estos casos se produciría una disminución de la pena, así como la adopción de medidas de seguridad en función de las posibilidades terapéuticas del caso. En la atenuación de la pena se considera que existe una alteración de la imputabilidad, pero en un grado de levedad tal que no puede aplicarse la eximente completa o incompleta. El Código Penal menciona como circunstancias atenuantes los conceptos de “arrebato, obcecación u otro estado pasional”. El arrebato se corresponde a un estado emocional intenso, súbito y de corta duración, mientras que la obcecación, igualmente intensa, aparece de forma progresiva, siendo tenaz y persistente. Son reacciones vivenciales a estímulos que no responden a una patología, pero condicionan alteraciones en cognición y/o volición. En ocasiones, se

han considerado de tal intensidad que se aplicó en las sentencias una eximente incompleta. El estímulo debe ser de una intensidad acorde al estado que desencadena, estar relacionado con el comportamiento de la víctima o alguna circunstancia exterior objetiva y deben existir relaciones de causalidad y temporalidad.

También aparece en el Código Penal mención a la atenuación por “cualquier circunstancia de análoga significación”. Dicha mención viene motivada por la imposibilidad de prever en la legislación todas las circunstancias que pudieran resultar en una modificación de la responsabilidad criminal. El término "alteraciones o anomalías psíquicas" reviste interés porque implica que, a la hora de determinar la imputabilidad, el diagnóstico no es tan importante como el estado psicopatológico del individuo en el momento de la comisión del ilícito (90).

Existen trastornos mentales o circunstancias (Esquizofrenia con clínica activa, Psicosis inducida por tóxicos, etc.) que fácilmente harán pensar que existe una alteración de las bases psicológicas de la imputabilidad. Sin embargo, la determinación de la imputabilidad puede revestir una gran complejidad en otros casos. Para ejemplificar el reto que puede significar determinar la imputabilidad de un individuo, podemos observar la relación de los Trastornos de Personalidad con la imputabilidad.

La imputabilidad de los Trastornos de la Personalidad presenta varias particularidades respecto a otros trastornos mentales. En primer lugar, debe diferenciarse el auténtico Trastorno de la Personalidad de los

simples rasgos de personalidad (impulsivos, paranoides, etc.). Estos rasgos no son constitutivos de trastorno ni afectan a la imputabilidad del individuo. Para hablar de un Trastorno de Personalidad, la dimensión que adquieren esos rasgos de la personalidad debe ser tal que afecte significativamente al bienestar y el funcionamiento social del individuo y cause sufrimiento al paciente o a sus allegados.

Aunque los pacientes con un Trastorno de Personalidad generalmente mantienen íntegras las capacidades cognitivas y volitivas, no siempre podrán ejercerlas de forma totalmente autónoma debido a las características del Trastorno. Por ejemplo, un paciente afecto de TP paranoide realizará atribuciones de causa o peligro incorrectamente, un paciente que presente TP Límite perderá el control de sus acciones debido al desbordamiento emocional y la impulsividad, un TP Dependiente no será capaz de realizar acciones que vayan en contra del objeto de su dependencia, etc.

A nivel jurisprudencial, la postura del Tribunal Supremo hacia los TP se ha ido modificando con el tiempo. En los años 80 se consideraban análogos a los simples rasgos de la personalidad, enmarcados bajo el concepto de "personalidad psicopática". En los 90, la psicopatía pasó a considerarse atenuante analógica o incluso eximente incompleta, lo que generó numerosas controversias. Actualmente, el Tribunal Supremo ha señalado la dificultad de realizar una consideración general sobre todos los Trastornos de Personalidad, considerando que el estudio caso por caso es lo más recomendable. Como regla general, es habitual que a un TP sin otra patología concomitante (toxicomanía, esquizofrenia, etc.)

se le aplique una Atenuante, por analogía. A nivel global, es habitual que los TP más tenidos en cuenta para la modificación de la imputabilidad sean el Límite, dada la frecuente comorbilidad con otras patologías o consumo de sustancias, y el Paranoide, debido a los errores atribucionales que habitualmente cometen. Los menos tenidos en cuenta respecto a la imputabilidad son el TP No Especificado y el TP Antisocial. (65). En los pocos casos en los que se aplica a un TP una Eximente Incompleta de la culpa, se aplica con más frecuencia a los Trastornos de Personalidad Paranoide y a Los TP de cualquier tipo en los que existe comorbilidad con consumo de sustancias. Rara vez se imponen a los TP medidas de seguridad (92).

Por sí sola, la Psicopatía (considerada, una vez más, como entidad separada del TP Antisocial) no modifica la imputabilidad en el contexto actual. En algunos casos se puede aplicar una atenuante analógica o eximente incompleta cuando es comórbida con otra enfermedad mental, toxicomanía o problemas graves de adaptación. (65)

1.2.4.3 Papel del Médico Forense

El médico forense, como responsable de informar al tribunal sobre los aspectos médicos relevantes, será quien reconozca al sujeto y valore si las llamadas bases psicobiológicas de la imputabilidad se encuentran alteradas. No es función del médico forense opinar directamente sobre la condición de imputable o inimputable del sujeto.

Del mismo modo, cuando en un penado se aprecie “una situación duradera de Trastorno Mental Grave que le impida conocer el sentido de la pena”, será el forense el que reconozca al penado e informe sobre su estado mental, a instancias del juez de vigilancia penitenciaria.

Los informes de imputabilidad generalmente se componen de una fórmula inicial, cuerpo y fórmula final. En la fórmula inicial se identifica el médico, localidad, fecha, juzgado que ordena el procedimiento y lo requerido, así como las actuaciones realizadas (generalmente se mencionará la documentación consultada, la fecha y lugar de la exploración o exploraciones del sujeto y otras fuentes tales como exploraciones complementarias, entrevistas a terceros, historia clínica aportada y otros datos considerados relevantes). El cuerpo contiene los antecedentes de hecho, la anamnesis y exploración del sujeto, los datos complementarios, el diagnóstico y las consideraciones y conclusiones medicolegales. La fórmula final consiste en una frase de finalización (por ejemplo “lo que declara en cumplimiento de lo requerido”) seguida de la firma del médico forense. Generalmente la entrevista personal con el sujeto a valorar será la herramienta principal del perito, pudiendo éste utilizar pruebas complementarias, como análisis toxicológicos de cabello para valorar consumo de sustancias, según lo estime conveniente (93,94).

1.2.4.4 Medidas de Seguridad

Existen ocasiones en las que es previsible que un sujeto declarado inimputable pueda cometer nuevos actos delictivos. Que esto suceda no está relacionado únicamente con la salud mental de la persona, sino también con una serie de circunstancias ambientales como el apoyo familiar, empleo o nivel educativo. (95). La legislación vigente contempla, para estos sujetos, el establecimiento de Medidas de Seguridad (MS), que se valoran en función de las circunstancias del sujeto. Se establecen cuando, a partir del hecho cometido y las circunstancias en las que se cometió, se puede pronosticar que el sujeto cometerá nuevos delitos (96).

Las medidas de seguridad pueden ser privativas de libertad, como el internamiento en centro psiquiátrico, de deshabituación o de educación especial, o no privativas de libertad, como inhabilitación profesional, expulsión del territorio de extranjeros no residentes legalmente, libertad vigilada, custodia familiar o privación de derecho a conducir y a portar armas (97). No pueden ser impuestas por más tiempo del que se impondría la pena aplicable al delito si el sujeto hubiese sido plenamente imputable (98).

También pueden imponerse en los casos en los que, después de que haya una sentencia firme con privación de libertad, se observe que el preso padece un Trastorno Mental Grave que le impida conocer el sentido de la pena. En este caso, la decisión la tomará el Juez de Vigilancia Penitenciaria (99). Se pueden imponer de forma mixta con la pena de prisión si el sujeto es total o parcialmente imputable. Del

mismo modo que se podría imponer una libertad vigilada tras cumplir la pena de prisión en la comisión de ciertos delitos se podría, en el caso de un enfermo psiquiátrico, imponer libertad vigilada tras cumplir la medida de internamiento en centro adecuado (100).

1.2.4.5 Valoración del Riesgo en Violencia de Género

La valoración del riesgo se origina del concepto jurídico de “peligrosidad”, que hacía referencia a la probabilidad de un sujeto de cometer ilícitos. Aunque se continúa utilizando en contextos judiciales (y, ocasionalmente, en clínicos) debido a su ubicuidad, en la actualidad se considera más adecuado hablar de “riesgo de violencia” o, simplemente, “riesgo”. La diferencia entre ambos conceptos no es meramente semántica. La “peligrosidad” presenta un componente subjetivo muy importante, mientras que la valoración de riesgo de violencia analiza factores sociodemográficos individuales y del entorno del sujeto para estimar las posibilidades de que éste pueda cometer un acto violento en el futuro (101).

Existen varias herramientas para realizar una valoración del riesgo lo más precisa posible en casos de Violencia de Género. La anteriormente mencionada escala EPR-V (77) divide sus 20 ítems en 5 grupos:

- I. Datos personales.
- II. Situación de la relación de pareja.
- III. Tipo de Violencia.

IV. Perfil del agresor.

V. Vulnerabilidad de la víctima.

Se trata de una escala sencilla que además permite, como se menciona en el apartado 1.2.3.4, estimar el riesgo de violencia grave o extrema si se detectan varios de los ítems asociados a esta. Los ítems valorados en la escala se encuentran en el Anexo I.

El sistema VioGén es una aplicación web integrada en la red de Sistemas de Aplicaciones y Redes para las Administraciones cuyo propósito es el de agrupar y facilitar la comunicación de todas las administraciones públicas que tienen competencias en materia de Violencia de Género. Una de sus funciones principales es la valoración del riesgo de reincidencia y, en función de éste, proporcionar a la víctima la protección adecuada. Para este propósito se emplea la escala de Valoración Policial del Riesgo (VPR). La última versión de esta escala es la VPR_{5.0}-H, también es utilizada por los médicos forenses, en cuyo caso recibe el nombre de escala de Valoración Forense del Riesgo (VFR), siendo su última versión la VFR_{5.0}-H (102). Esta escala consta de 35 indicadores, agrupados en 5 dominios:

1. Historia de Violencia en la Relación de Pareja.
2. Características del Agresor.
3. Factores de Riesgo/Vulnerabilidad de la víctima.
4. Circunstancias relacionadas con los menores.
5. Circunstancias agravantes.

Si en la valoración del riesgo se identifican ítems que conllevan un riesgo elevado de homicidio, el sistema VioGén clasificará automáticamente el caso como “Caso de Especial Relevancia”, que determina la necesidad de adopción de unas medidas de protección obligatorias hacia la víctima. También identifica, complementariamente, si existen situaciones de vulnerabilidad o riesgo para los menores a cargo de agresor y/o víctima. Existe una variante de la VPR cuya función es valorar la evolución del riesgo de violencia, y se modifica según existan o no incidentes tras la valoración inicial. Se pueden consultar los ítems valorados por la VFR_{5.0}-H en el Anexo II.

2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

Dada la información previa, se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

1. Los autores de homicidios en casos de Violencia de Género presentan características que los distinguen del resto de homicidas (autores de homicidios no relacionados con Violencia de Género).
2. Dichas características pueden estar relacionadas con la agresión en sí misma, datos sociodemográficos, antecedentes personales, antecedentes de salud mental del agresor y el proceso judicial.
3. Es posible identificar estas características mediante la evaluación Médico-Forense del agresor.

2.2 OBJETIVOS

Se establecen los objetivos principales, orientados a confirmar o descartar la hipótesis de trabajo, y los objetivos secundarios, que tienen el propósito de buscar otros hallazgos de interés.

2.2.1 Objetivos Principales

1. Recabar y valorar características del acto homicida en sí: Consumación, fecha y mecanismo lesivo utilizado.
2. Recabar y valorar datos relacionados con el autor: Filiación, características sociodemográficas de interés, antecedentes

psicopatológicos, historial de consumo de sustancias y conducta post-agresión.

3. Recabar y valorar hitos del proceso judicial: conclusiones del informe Médico-Forense, conclusiones de la sentencia y relación entre ambos.
4. Comparar la información recabada entre los homicidios de Violencia de Género y los homicidios no relacionados con Violencia de Género.

2.2.2 Objetivos Secundarios

1. Realizar análisis paralelos de los datos encontrados, en busca de asociación significativa entre las siguientes características:
 - a. Trastorno mental y mecanismo lesivo utilizado.
 - b. Trastorno Mental Grave y antecedentes penales/de ingreso en Prisión.
 - c. Patología Dual y antecedentes penales/de ingreso en Prisión.
 - d. Policonsumo de sustancias y antecedentes penales/de ingreso en Prisión.
 - e. Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias.
 - f. Conclusiones del informe médico forense y discrepancia entre conclusiones de examen médico-forense y sentencia.

- g. Datos sociodemográficos, de Salud Mental y consumo de sustancias del agresor y discrepancia entre conclusiones de examen médico-forense y sentencia.
 - h. Relación con la víctima y características del acto homicida.
2. Realizar un análisis secundario sobre los homicidios recabados en el estudio, según la definición de Violencia de Género establecida en el Convenio de Estambul, estudiando los posibles homicidios que no serían considerados VG por el código penal español. Explorar la necesidad de una modificación en la definición de Violencia de Género presente en la legislación española para adecuarla al marco del Convenio de Estambul. Plantear, en base a los datos obtenidos en los análisis principal y paralelos, propuestas de intervención a nivel médico-forense que puedan resultar de utilidad para la prevención de homicidios por Violencia de Género.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

La documentación consultada procede principalmente del archivo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia, que recopila los expedientes de los sujetos valorados anualmente. Se utilizaron los expedientes archivados desde el año 2005 hasta el 2016, ambos inclusive. El archivo se encontraba principalmente en formato físico (papel), accediéndose adicionalmente al expediente forense digital (programa Melva) en los sujetos en los que existía información digitalizada. Se accedió a la Historia Clínica Electrónica de la Comunidad Valenciana (programa Abucasis) para la búsqueda de datos de los sujetos que no constasen en su expediente médico-forense. Se utilizó la base de datos jurídica Aranzandi para la búsqueda de las sentencias que no constasen en su expediente médico-forense.

3.2 METODOLOGÍA

3.2.1 Diseño del estudio.

La hipótesis principal se comprobó mediante un estudio de Casos y Controles. Se trata de un estudio Observacional, Transversal, Retrospectivo, Comparativo.

La elección de metodología está justificada por los siguientes motivos:

1. Dada la necesidad de obtener una gran cantidad de información psicobiográfica, así como datos de las sentencias, realizar un estudio Retrospectivo asegura que dicha información estará disponible.

2. Al ser un estudio observacional, no existe posibilidad de interferencia en el proceso judicial y valoración Médico-Forense
3. El diseño transversal permite obtener una muestra del mayor tamaño posible, factor importante dado que el homicidio es un delito relativamente poco común en España y el acceso a la base de datos está limitado a la provincia de Valencia.
4. Los homicidios de Violencia de Género tienen una consideración social y trato específico a nivel judicial y forense, por lo que el estudio Comparativo con los homicidios por otras causas es especialmente adecuado en el marco de esa especificidad.

3.2.3 Población

3.2.3.1 Grupo Control

Criterios de Inclusión:

- Sexo Masculino.
- Mayor de edad (18 años o más).
- Condenados en Primera Instancia o superior; por delito de Asesinato, Homicidio u Homicidio en grado de tentativa, en causas no relacionadas con Violencia de Género (definida esta según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género).

- Al menos una valoración psiquiátrica, en el contexto del procedimiento judicial, por parte de un profesional adscrito al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia, para valorar estado mental y/o imputabilidad.
- Expediente forense con fecha de apertura y cierre entre los años 2005 y 2016, ambos inclusive.

Criterios de Exclusión:

- La agresión fue llevada a cabo por varios autores.
- La sentencia considera que no hubo dolo.

3.2.3.2 Grupo Caso (Grupo Violencia de Género)

Criterios de Inclusión:

- Sexo Masculino.
- Mayor de edad (18 años o más).
- Condenados en Primera Instancia o superior; por delito de Asesinato, Homicidio u Homicidio en grado de tentativa, en causa de Violencia de Género (definida esta según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género).
- Al menos una valoración psiquiátrica, en el contexto del procedimiento judicial, por parte de un profesional adscrito al

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia, para valorar estado mental y/o imputabilidad.

- Expediente forense con fecha de apertura y cierre entre los años 2005 y 2016, ambos inclusive.

Criterios de Exclusión:

- La agresión fue llevada a cabo por varios autores.
- La sentencia considera que no hubo dolo.

En la revisión inicial de los expedientes figurantes en el archivo, se hallaron 30 Casos y 91 Controles. Tras lectura completa de expedientes, 5 Casos fueron reclasificados como Controles y 4 Controles reclasificados como Casos, resultando una cifra de 29 Casos y 92 Controles. Tras lectura de sentencias, fueron excluidos 2 Casos (1 por ser condenado por Delito de Lesiones, 1 por ser un expediente duplicado clasificado erróneamente como un nuevo procedimiento) y 11 Controles (3 por no haberse realizado el estudio forense del agresor, 7 por ser expedientes duplicados clasificados erróneamente como nuevos procedimientos, 1 por probarse en sentencia que el presunto homicida se había autoinculcado de lo que se concluyó fue una muerte natural).

Las cifras definitivas de sujetos fueron de 27 Casos y 81 Controles.

3.2.4 Recogida de Datos

Se realizó mediante el cuaderno de recogida de datos, que puede ser consultado en el Anexo III.

3.2.4.1 Datos recabados

Expediente forense y código para anonimización/aleatorización. Los números de expediente forense fueron convertidos en un código que identifica el grupo de pertenencia del sujeto y un número asignado aleatoriamente. Los datos del expediente forense que podían servir para identificar al individuo fueron posteriormente eliminados de la base de datos del estudio.

Datos relacionados con el acto homicida

- *Caso (Violencia de género) / Control (No Violencia de Género).* Según los criterios establecidos en el apartado 3.2.3
- *Homicidio Consumado o No consumado (Tentativa).*
- *Fecha de los hechos.*
- *Mecanismo utilizado para causar la muerte.* La decisión de combinar estrangulamiento y asfixia en una misma categoría viene dada porque ambos requieren superioridad física y contacto prolongado y cercano con la víctima para causar la muerte. Del mismo modo, se combina en una misma categoría los golpes con el

propio cuerpo y el uso de objetos contundentes (OC) dado que ambos suelen implicar superioridad física del agresor y requieren habitualmente repetidos golpes para causar la muerte.

Datos demográficos y biográficos del agresor

- *Edad.*
- *Nacionalidad.* La nacionalidad española tiene su propio apartado. El pequeño tamaño de la muestra ha motivado la decisión de agrupar a los sujetos de nacionalidad extranjera en las siguientes divisiones, geográfica y culturalmente relacionadas:
 - Europa Occidental: Alemania y todos los países europeos situados a su oeste.
 - Europa del Este: países que pertenecieron al Pacto de Varsovia.
 - Norteamérica: Estados Unidos y Canadá.
 - Centro y Sudamérica: resto del continente americano.
 - Norte de África y Oriente Medio: países desde la costa de Mauritania hasta el canal de Suez, así como países de Asia Occidental hasta el Transcáucaso.
 - África Subsahariana: países africanos no incluidos en anteriores grupos.
 - Asia: países asiáticos no incluidos en anteriores grupos.

- Oceanía: Australia, Nueva Zelanda y las Islas del Pacífico no incluidas en anteriores definiciones.
- *Relación con la víctima en el momento de los hechos.* Pareja o expareja con distintos períodos desde la ruptura, familiares de primer o segundo grado u otro tipo de relación. En los familiares de primer y segundo grado se incluyen familiares por consanguinidad y por afinidad.
- *Situación laboral del sujeto.* “Empleado” indica que el sujeto percibía ingresos por su trabajo, desarrollado como mínimo 30 días antes de la fecha de los hechos. No se hace distinción sobre si es autónomo o empleado por cuenta ajena, el trabajo no está regularizado, etc. “Desempleado” indica que el sujeto no desarrolla ningún trabajo y no se puede clasificar como “Pensionista”. “Pensionista” incluye a los sujetos que cobran prestaciones incompatibles con el empleo, tales como jubilados o personas con incapacidad laboral. No incluye el subsidio por desempleo ni ayudas a parados de larga duración.
- *Nivel de Estudios.* Dados los distintos planes de estudio que han existido en España, así como la presencia de sujetos que han estudiado en otros países, es necesario utilizar unos criterios unificados para definir el nivel educativo de los sujetos:
 - Sin estudios, analfabeto: el sujeto no es capaz de leer y escribir.

- Sin estudios, alfabetizado: no ha completado los estudios primarios, pero es capaz de leer y escribir.
 - Estudios primarios: completó el plan de estudios obligatorio durante su edad de escolarización hasta los 12 años.
 - Estudios secundarios: completó el plan de estudios obligatorio durante su edad de escolarización hasta los 14 o 16 años (según plan de estudios).
 - Bachillerato/Formación profesional: tras finalizar los estudios obligatorios, finalizó estudios no obligatorios que no entran en la categoría Universitario/Superior.
 - Universitario/Superior: el sujeto ha obtenido como mínimo una Diplomatura, Licenciatura o Grado universitario, o su equivalente en otros países/planes de estudio.
- *Nivel socioeconómico.* Inferido de las declaraciones del sujeto, la actividad laboral desarrollada y los datos sobre propiedades que se puedan encontrar en expediente forense, sentencia e historia clínica.
- Bajo: incapacidad para ahorrar parte del sueldo, una o ninguna vivienda en propiedad.
 - Medio: una o dos viviendas en propiedad y un nivel de ahorros que permitiría mantener el nivel de vida actual del sujeto si dejase de percibir ingresos entre 6 y 12 meses.

- Alto: el sujeto posee dos o más viviendas en propiedad y tiene capacidad de mantener su nivel de vida actual durante más de 12 meses sin trabajar.
- *Antecedentes familiares de violencia.* Se consideran presentes si el sujeto fue víctima de maltrato o violencia en el seno familiar, o estuvo expuesto a estas conductas habitualmente.
- *Antecedentes Penales.* “Violencia de Género” hace referencia a cualquier delito considerado como Violencia de Género según la LIVG, al margen de que el delito se hubiese cometido antes de su entrada en vigor. Los antecedentes de delitos violentos de otra clase (como Robo con fuerza, Agresión u homicidio no relacionado con VG) se clasifican en “Otros delitos con Violencia”. De existir antecedentes penales de delitos no violentos, se clasifican como “Otros”.
- *Número de ingresos en prisión.*

Datos relacionados con la existencia de trastornos mentales y psicopatología del agresor

Se consideran presentes cuando existe en el historial del sujeto uno de los diagnósticos que contempla cada ítem.

- *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.* Esquizofrenia, Trastorno Delirante, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Psicótico Breve, Trastorno Esquizoafectivo, Catatonía, Otro

Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia, Trastorno Psicótico debido a Otra Afección Médica y Otros Trastornos Psicóticos Especificado y Otro Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos No Especificados. El Trastorno de la Personalidad Esquizotípico no se incluye salvo que se constate sintomatología psicótica de primer orden en algún momento de la historia clínica. El Trastorno Psicótico inducido por Sustancias/Medicamentos se incluye en el apartado “Trastorno Mental Inducido por sustancias”.

- *Trastorno Bipolar y Relacionados.* Trastorno Bipolar Tipo I, Trastorno Bipolar Tipo II, Trastorno Bipolar Debido a Otra afección Médica, Trastorno Ciclotímico, Otro Trastorno Bipolar y Relacionados Especificado, Otro Trastorno Bipolar y Relacionados no Especificado. El Trastorno Bipolar y Relacionados inducido por Sustancias/Medicamentos se incluye en el apartado “Trastorno Mental Inducido por sustancias”.
- *Trastorno Bipolar, clínica activa.* Se considera que existe “clínica activa” si en el examen médico-forense se determina que el sujeto presentaba clínica maníaca/maniforme o depresiva al cometer los hechos.
- *Trastorno Depresivo.* Depresión Mayor, Trastorno Depresivo Recurrente, Trastorno por Disregulación del Estado de Ánimo, Trastorno Disfórico Premenstrual, Trastorno Depresivo Debido a Otra Afección médica, Otro Trastorno Depresivo Especificado, Otro Trastorno Depresivo no Especificado. El Trastorno Depresivo

inducido por Sustancias/Medicamentos se incluye en el apartado “Trastorno Mental Inducido por sustancias”.

- *Trastorno de Ansiedad.* Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Debido a Otra Afección Médica, Otro Trastorno de Ansiedad Especificado, Otro Trastorno de Ansiedad no Especificado. El Trastorno de Ansiedad inducido por Sustancias/Medicamentos se incluye en el apartado “Trastorno Mental Inducido por sustancias”.
- *Trastorno Mental Inducido por Sustancias.* Cualquier diagnóstico de trastorno mental que tenga la especificación “Inducido por Sustancias”.
- *Otros Trastornos Mentales.* Cualquier diagnóstico de trastorno mental que no se incluya en ninguno de los apartados anteriores.
- *Antecedentes Familiares de Trastorno Mental y/o Trastorno por Consumo de Sustancias.* Se consideran presentes si en la exploración de antecedentes familiares existe constancias de que un familiar consanguíneo de 1º o 2º grado ha presentado un diagnóstico de Trastorno Mental o Trastorno por Consumo.
- *Número de Hospitalizaciones.* En Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
- *Seguimiento Ambulatorio.* Seguimiento Médico a raíz de un Trastorno Mental o relacionados. Se considera seguimiento por

especialista si existe seguimiento por Psiquiatra, Psicólogo u otro especialista en salud mental.

- *Cumplimentación de Seguimiento.* “Irregular/Abandono” indica que existen reiteradas faltas a las visitas no justificadas en Historia clínica.
- *Último Contacto Médico Antes de los Hechos.* Se considera el último contacto con un facultativo, ya sea el médico de referencia del sujeto o atención de urgencia, existente en la Historia Clínica antes de la fecha del homicidio.
- *Tratamiento Farmacológico.* “Irregular/Abandono” indica información contrastada de abandono o de mala cumplimentación del tratamiento.
- *Tratamiento Psicológico.* “Irregular/Abandono” cuando indica reiteradas faltas a las visitas no justificadas a las sesiones o que el terapeuta decidió finalizar la terapia por no aprovechamiento de esta.
- *Criterios de Trastorno Mental Grave.* Se utilizan los criterios establecidos Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (103). Pueden consultarse los criterios en el Anexo IV.
- *Inteligencia.* “Límite” indica un CI entre 70-85 o aseveración clínica de que el sujeto posee un funcionamiento intelectual equivalente. “Discapacidad intelectual” indica un CI inferior a 70 o aseveración clínica de funcionamiento intelectual equivalente.

- *Alteraciones del Neurodesarrollo.* En este apartado se recogen los diagnósticos de “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” y “Epilepsia”. No se incluyen otras alteraciones del neurodesarrollo por no haberse encontrado en ninguno de los sujetos del estudio o estar recogidas en apartados anteriores.
- *Alteraciones de Conducta en la Infancia/Adolescencia.* conductas disruptivas susceptibles de producir repercusiones significativas a nivel psíquico o social del sujeto o su entorno. Por ejemplo: Absentismo escolar reiterado, fugas prolongadas del domicilio, estancias en centros de menores, detenciones, comisión de delitos o consumo de drogas.
- *Trastorno de la Personalidad Diagnosticado.* Según criterios DSM-5. Debe existir un diagnóstico en su historia clínica. Se agrupan por Clústers dadas las características comunes entre sujetos y el tamaño de la muestra.
 - Clúster A: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico.
 - Clúster B: Antisocial, Límite, Narcisista, Histriónico.
 - Clúster C: Anancástico, Evitativo, Dependiente.
- *Trastorno de la Personalidad Sospechado.* No existe un diagnóstico en la historia clínica, pero se encuentra en ella manifestaciones de facultativos de que sospechan de la existencia de un Trastorno de la Personalidad, se indica en la historia clínica la existencia de rasgos de personalidad compatibles con un TP o se ha realizado una evaluación de personalidad (por ejemplo, un Inventario Clínico

Multiaxial de Millón) cuyo resultado indique una elevada probabilidad de que el individuo padezca algún TP. También se clasifican por Clústers.

- Clúster A: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico.
 - Clúster B: Antisocial, Límite, Narcisista, Histriónico.
 - Clúster C: Anancástico, Evitativo, Dependiente.
- *Antecedentes de Intento de Suicidio.* El sujeto ha realizado un intento autolítico antes de la fecha de los hechos.

Datos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas:

Se valora la historia de consumo de cada sustancia o grupo de sustancias del sujeto. Los grupos de las sustancias valoradas son las mismas que están presentes en el DSM-5 (104), con la excepción de tabaco (nicotina) y cafeína. La decisión de no recoger el uso de estas sustancias viene dada por la escasez de datos en los historiales forenses e historias clínicas de los sujetos de uso. Muchas veces no existe en las historias mención del consumo de tabaco ni de cafeína, especialmente esta última, salvo que el consumo esté causando una problemática física o psíquica significativa. Por tanto, recoger estas sustancias hubiese resultado en una gran cantidad de datos perdidos. Adicionalmente, la influencia que estas sustancias pueden tener en la conducta y el funcionamiento cerebral a nivel agudo es limitada. Aunque existe evidencia de los efectos deletéreos que el tabaco puede tener en la salud mental a largo plazo, como en el desarrollo de demencias (105), no

parece existir evidencia de que las dosis de tabaco habitualmente consumidas en los fumadores puedan causar alteraciones mentales o conductuales significativas, como la psicosis, en la población general (106). Del mismo modo, se considera que el consumo de cafeína en población general no produce efectos deletéreos si se ingieren menos de 400 miligramos de cafeína al día. En España, tan sólo superan esa dosis entre 0.2% y el 1.5% de los consumidores, según distintos estudios (107). Por ello, se decidió que de hallar un consumo de Nicotina o Cafeína que afectase significativamente al funcionamiento del explorado, se incluiría en el apartado “otras sustancias”. Asimismo, en el DSM-5 los trastornos por consumo relacionados por estimulantes están diferenciados en “cocaína”, “anfetaminas” y “otros estimulantes”. Dada la escasa frecuencia con la que se encuentran sustancias que entren en la categoría “otros estimulantes”, se incluirán estos en el apartado “otras sustancias”.

Las sustancias recogidas individualmente son:

- *Alcohol.*
- *Cannabis.* Cualquier cannabinoide, natural o sintético. No se hace distinción entre la forma de consumo (Marihuana, hachís, inhalación de vaporizados).
- *Fenciclidina (PCP, “polvo de ángel”).*
- *Otros alucinógenos.* Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), setas alucinógenas o similares.

- *Inhalantes*. Sustancias que se consuman por inhalación y no estén presentes en otro grupo. Serían ejemplos: Tolueno (disolvente presente en el pegamento de contacto), Óxido nitroso (“gas de la risa”) o Nitrato de amilo (“poppers”).
- *Opiáceos*. No se hace distinción entre sustancia (Heroína, Morfina, Tramadol...) ni forma de consumo (oral, intravenosa, inhalada).
- *Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos*. Los más comunes son los de prescripción médica, como benzodiacepinas o zolpidem. Se incluye cualquier sustancia con efectos sedantes o hipnóticos no recogida en otras categorías.
- *Cocaína*. En todas sus formas (polvo, pasta base, cristalizada o “crack”, etc.) y formas de consumo (esnifada, intravenosa, inhalada, etc.).
- *Anfetaminas*. En todas sus formas (polvo, comprimidos, cristalizados, etc.) y formas de consumo (oral, intravenosa, inhalada, etc.).
- *Otras Sustancias*. Cualquier sustancia psicoactiva, sin prescripción farmacológica y con potencial de causar tolerancia y dependencia, no incluida en otros apartados.

A su vez, de cada sustancia se consideran seis aspectos distintos:

- *Intoxicación durante los hechos*. Constatada en documentación o historia clínica.

- *Consumo regular actual.* Existe, como mínimo, un consumo semanal durante las cuatro semanas previas a los hechos, o el sujeto informa de consumo habitual de la sustancia mantenido en el tiempo.
- *Antecedentes de consumo.* El sujeto ha consumido la sustancia con periodicidad semanal durante al menos cuatro semanas en cualquier momento de su vida, o informa de haberla consumido de forma habitual en el pasado.
- *Criterios de Abuso.* El sujeto cumple como mínimo uno de los criterios 1-9, según el DSM-5, respecto al Trastorno por Consumo de la sustancia o consta el diagnóstico de Abuso de la sustancia en historia clínica según otros criterios (DSM-IV o CIE-10).
- *Criterios de Dependencia.* El sujeto cumple como mínimo uno de los criterios 10-11, según el DSM-5, respecto al Trastorno por Consumo de la sustancia o consta el diagnóstico de Dependencia a la sustancia en historia clínica (DSM-IV o CIE-10).
- *Criterios de Remisión.* El sujeto cumple uno de los especificadores de Remisión, según el DSM-5, respecto al Trastorno por Consumo de la sustancia o consta el diagnóstico de Remisión de consumo de la sustancia en historia clínica (DSM-IV o CIE-10).

Además del consumo de sustancias, se incluyen en este apartado los siguientes ítems relacionados.

- *Adicciones comportamentales.* Adicciones en las que no está implicado el consumo de una sustancia, tales como los juegos de azar (Ludopatía), los videojuegos o la pornografía. Informados por el sujeto o presentes en su historia clínica.
- *Antecedentes de Seguimiento en UCA.* Seguimiento actual o pasado en una Unidad de Conductas Adictivas (UCA) u otro recurso ambulatorio análogo para el tratamiento de las adicciones (Unidad de Alcoholología, Unidad de adicciones comportamentales, etc.).
- *Antecedentes de Desintoxicación Hospitalaria.* Uno o más ingresos hospitalarios con finalidad de tratar un trastorno por consumo de sustancias o adicción comportamental.
- *Antecedentes de estancia en Centro de Deshabitación/Comunidad Terapéutica.* Se incluyen en este apartado centros tanto sanitarios como no sanitarios siempre que el objetivo del sujeto fuese el abandono de una o más adicciones.
- *Policonsumo de sustancias.* El sujeto presenta Consumo Regular, Abuso o Dependencia de, al menos, dos grupos de sustancias distintas.
- *Criterios de Patología Dual.* El sujeto tiene un diagnóstico de Trastorno Mental y existe Consumo Regular, Abuso o Dependencia de una o más sustancias.

Datos relacionados con la conducta post-homicidio

- *Intento de Suicidio tras los Hechos.* Se considera presente si el sujeto realiza un intento autolítico tras cometer la agresión, pero previo a su detención por las fuerzas del orden. Se establece este criterio para intentar descartar que el intento de suicidio pueda venir motivado por la detención en sí misma.
- *Gravedad Intento de Suicidio tras los Hechos (Escala SALSA).* Se utiliza la escala de Gravedad para el intento de suicidio SALSA (Scale for assessment of lethality of suicide attempt) porque permite la gradación de la gravedad del intento de suicidio de forma retrospectiva y es aplicable a los intentos de suicidio de cualquier metodología. Está graduada de 5 a 25 puntos, siendo 5 un intento de suicidio Leve y 25 un intento de suicidio Muy grave (108). Se puede consultar la escala en el Anexo V.
- *Reconocimiento de los Hechos.* Si el sujeto reconoció la autoría de los hechos durante el proceso judicial, si la negó o si refirió no recordar nada relativo a ellos (“Olvido”).
- *Motivación.* Explicitada por el agresor o inferida por los hechos probados en la sentencia. “Discusión” hace referencia a un enfrentamiento físico o verbal entre agresor y víctima en las 12 horas anteriores a los hechos. “Interpersonal” incluye homicidios motivados por celos, conflictos familiares, venganzas, etc. siempre que no haya existido un episodio de discusión en las 12 horas anteriores a los hechos. “Económico” indica una agresión motivada

por el lucro, como el cobro de un seguro de vida, el impago de deudas o conflictos entre narcotraficantes. “Ideación delirante” indica que el agresor presentaba clínica psicótica activa, la cual motivó la agresión. “Otros/desconocido” se reserva para los casos en los que no se pudo precisar la motivación del agresor o no puede ser clasificada en los apartados anteriores.

Datos Relacionados con Informe Médico-Forense y Sentencia.

- *Conclusiones del Informe Médico-Forense.* Aunque algunas veces puede solicitarse por parte del juzgado, no es adecuado que el informe médico-forense se pronuncie directamente sobre la imputabilidad del sujeto. En las conclusiones de los informes, existen frases que guardan analogía con las modificaciones de la imputabilidad, siendo estas frases las que se han usado para la clasificación, con el objetivo de facilitar la identificación de casos en los que existen discrepancias entre las conclusiones del informe médico-forense y lo establecido en la sentencia.
 - Conclusión análoga a “Eximente completa”: Aparece en el informe una conclusión similar a “El sujeto presentaba una alteración completa de sus facultades volitiva/intelectiva en el momento de los hechos”.
 - Conclusión análoga a “Eximente incompleta”: Aparece en el informe una conclusión similar a “El sujeto presentaba

una alteración grave de sus facultades volitiva/intelectiva en el momento de los hechos, sin llegar a la anulación total”.

- Conclusión análoga a “Atenuante”: Aparece en el informe una conclusión similar a “El sujeto presentaba una alteración parcial de sus facultades volitiva/intelectiva en el momento de los hechos”.
 - Conclusión análoga a “No modificación de la imputabilidad”: Aparece en el informe una conclusión similar a “No se aprecia en el individuo alteración en sus facultades volitiva/intelectiva en el momento de los hechos”.
- *Conclusiones de la Sentencia.* Si se aplica al sujeto Eximente Completa, Eximente Incompleta, Atenuante; o no se modifica su imputabilidad.
 - *Discrepancia entre Sentencia e Informe.*

3.2.5 Creación de base de datos y anonimización

Se introdujeron los resultados de la recogida de datos en el programa IBM SPSS Statistics, Versión 23.0.0.0 para Windows (32 bits). Asimismo, se introdujeron las siguientes variables, inferidas de la recogida de datos: “antecedentes penales (cualquiera)”, “Trastorno Mental (cualquiera)”, “Trastorno de la Personalidad (cualquiera)”, “consumo de sustancias (cualquiera)”, (con los seis aspectos

especificados para cada grupo de sustancias), “discrepancia entre sentencia e informe”.

Se utilizó esta base de datos para la realización de estadísticos descriptivos.

Para el análisis estadístico de asociación, se creó una versión dicotomizada de la base de datos, convirtiendo las variables discretas no dicotómicas en versiones dicotómicas. La mayoría de las dicotomizaciones se realizaron convirtiendo una variable discreta no dicotómica en su número correspondiente de variables dicotómicas.

Por ejemplo, la siguiente variable:

- Trastorno de la Personalidad, Diagnosticado:
 - Clúster A
 - Clúster B
 - Clúster C

Se convierte en tres variables dicotómicas:

- Trastorno de la Personalidad (Clúster A), Diagnosticado: Si/No
- Trastorno de la Personalidad (Clúster B), Diagnosticado: Si/No
- Trastorno de la Personalidad (Clúster C), Diagnosticado: Si/No

Sin embargo, existe una serie de variables cuya dicotomización siguió otro proceso, detalladas a continuación.

- La variable “trabajo” es sustituida por dos variables dicotómicas: “actualmente trabajando: No/Si” y “pensionista (discapacidad/jubilación): No/Si”. La variable “desempleo” resulta de esta forma redundante, por lo que no se incluye en la base de datos dicotomizada. La variable dicotómica “actualmente trabajando” reviste más interés para el estudio dado que el hecho de estar empleado ha demostrado un efecto protector para la salud mental y la disminución del riesgo de violencia (109). Por el contrario, el no estar trabajando es un factor de riesgo de violencia (110).
- La variable “pensionista (discapacidad/jubilación)” permitirá explorar si el hecho de estar excluido de la población activa y percibir una pensión realiza un efecto protector en la salud mental similar al efecto de estar empleado, como parece sugerir la literatura existente (111).
- El nivel socioeconómico es sustituido por una única variable: “nivel socioeconómico bajo: No/Si”. Esta decisión está justificada por la evidencia de que el nivel socioeconómico bajo es un factor que aumenta el riesgo de violencia (muchas veces asociado al desempleo), y produce un efecto deletéreo sobre la enfermedad mental (112).
- Se crean dos variables dicotómicas respecto al seguimiento: “seguimiento por Atención Primaria: No/Si”, “seguimiento por Especialista: No/Si” y se crea una nueva variable “abandono de seguimiento: No/Si” que combina los abandonos de ambos

seguimientos, dado que el objetivo es comprobar si existen diferencias entre el abandono de seguimiento entre el grupo VG y el grupo Control, no comparar la adherencia al seguimiento entre atención primaria y especialista.

- Se crean dos variables dicotómicas respecto al tratamiento: “tratamiento farmacológico: No/Si”, “tratamiento psicológico: No/Si” y se crea una nueva variable “abandono de tratamiento: No/Si” que combina los abandonos de ambos tratamientos, dado que el objetivo es comprobar si existen diferencias entre el abandono de tratamiento entre el grupo VG y el grupo Control, no comparar la adherencia al tratamiento entre tratamiento farmacológico y psicológico.
- Se modifica la variable “gravedad del intento de suicidio”. La escala SALSA tiene 5 ítems de 5 puntos cada uno, pudiéndose obtener una puntuación mínima de 5 y una máxima de 25. Se creó una variable dicotómica de gravedad con valores “leve/moderado”, que se corresponderían con intentos en los que la probabilidad de muerte es del 50% o inferior, y “grave/muy grave”, en los que la probabilidad de muerte es del 51% o superior.
- Para la realización de los análisis paralelos en los que está implicada, la variable continua “número de ingresos en prisión” es sustituida por la variable dicotómica “antecedentes de ingreso en prisión: No/Si”.

3.2.6 Análisis de datos

Para comprobar la hipótesis principal, se realizó un análisis comparativo de la muestra en los dos grupos de estudio, con una razón de 3 controles por cada caso, mediante un modelo de Regresión Logística Binaria, calculando las medidas de dispersión y la normalidad de distribución de valores, así como el análisis de asociaciones preliminares entre variables dentro de cada grupo de estudio. La normalidad se testó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

El análisis preliminar de diferencias en porcentajes de valores de variables entre grupos se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado, asimismo comprobando ajuste del modelo mediante la prueba de Hosmer y Lemenshow.

Se consideró estadísticamente significativo todo valor de p por debajo de $p=.05$.

Se analizaron las fechas de los hechos en búsqueda de agrupaciones inusuales. Se realizó un análisis exploratorio, buscando agrupaciones de agresiones en periodos de 2, 3 o 4 días, y se analizó la normalidad de la distribución de fechas en cada grupo, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para el análisis de las variables continuas (edad, número de ingresos en prisión, número de hospitalizaciones) se realizó un modelo de Regresión Logística Binaria, considerando la existencia de Violencia de Género como variable dependiente y dichas variables como variables

independientes, comprobando su linealidad mediante el procedimiento Box-Tidwell (1962).

Para analizar las variables dicotómicas, se analizó cada ítem de los datos recogidos como variable dependiente, considerando la existencia de Violencia de Género (pertenencia al grupo VG) como variable independiente junto con la edad como variable de confusión, comprobando su linealidad mediante el procedimiento Box-Tidwell (1962), aplicando la corrección de Bonferroni en dicho procedimiento. El motivo de considerar VG como variable independiente se justifica porque el objetivo de la tesis es averiguar si los sujetos del grupo VG tienen una mayor probabilidad de presentar estas variables, en lugar de explorar si la presencia de estas variables aumenta el riesgo de que el homicidio cometido sea de Violencia de Género.

En caso de obtener un resultado estadísticamente significativo respecto a la influencia de la variable “Violencia de Género” se valoró el añadir variables independientes que podían actuar como variables de confusión. En caso de obtener un resultado estadísticamente significativo respecto a la influencia de la variable “edad”, se realizó un nuevo análisis con dicha variable como única variable independiente, para confirmar su significación.

El Odds Ratio se calculó con un intervalo de confianza del 95% de las distintas variables.

Los siguientes análisis paralelos se realizaron mediante un modelo de Regresión Logística Binaria similar al de la hipótesis principal.

- Análisis de asociación entre “mecanismo utilizado” y distintos diagnósticos de trastornos mentales recogidos en la base de datos, además de las variables “Trastorno de la Personalidad sospechado”, “inteligencia límite”, “discapacidad intelectual”, “Trastorno Mental Grave” y “Patología Dual”.
- Análisis de asociación entre “Trastorno Mental Grave” y las variables “antecedentes penales (todos)”, “antecedentes penales (Violencia de Género)”, “antecedentes penales (otros delitos con violencia)”, “antecedentes penales (otros)”, “antecedentes de ingresos en prisión”.
- Análisis de asociación entre policonsumo de sustancias y las variables “antecedentes penales (todos)”, “antecedentes penales (Violencia de Género)”, “antecedentes penales (otros delitos con violencia)”, “antecedentes penales (otros)”, “antecedentes de ingresos en prisión”.
- Análisis de asociación entre “Patología Dual” y las variables “antecedentes penales (todos)”, “antecedentes penales (Violencia de Género)”, “antecedentes penales (otros delitos con violencia)”, “antecedentes penales (otros)”, “antecedentes de ingresos en prisión”.
- Análisis de asociación entre “TDAH” y consumo de sustancias (todos los grupos de sustancias y sus aspectos correspondientes).

- Asociación entre discrepancia entre sentencia e informe y conclusiones de informe médico-forense (“eximente completa”, “eximente incompleta” y “atenuante”).
- Asociación entre discrepancia entre sentencia e informe y una selección de datos personales, de salud mental y de consumo de sustancias: “edad”, “nivel socioeconómico bajo”, “antecedentes penales”, “criterios de Trastorno Mental Grave”, “Trastorno de Personalidad Diagnosticado”, “policonsumo de sustancias”, “criterios de Patología Dual”, “sustancias (cualquiera), intoxicación durante los hechos”, “sustancias (cualquiera), consumo regular actual”, “sustancias (cualquiera), antecedentes de consumo”, “sustancias (cualquiera), criterios de abuso”, “sustancias (cualquiera), criterios de dependencia”, “sustancias (cualquiera), criterios de remisión”.
- Asociación entre “relación con la víctima” y las siguientes circunstancias del homicidio: “mecanismo utilizado”, “homicidio consumado”.

3.2.7 Conducta ética

Al ser un estudio retrospectivo, no se realizó ninguna intervención sobre los sujetos.

Se solicitó y obtuvo la aprobación del IMLCCFFV para el acceso a los expedientes Médico-Forenses. Se solicitó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital General de Castellón para el acceso a la historia clínica informatizada (Abucasis) de los sujetos de estudio.

Se cumplió la reglamentación aplicable de protección de la privacidad de los datos. En los casos en los que se tuvo que transmitir algún dato, se realizó en formato codificado y mediante medios de encriptación. La documentación del estudio no contiene ningún dato que, en sí mismo o en combinación con otros datos disponibles libremente, pueda ser usado para identificar a personas físicas. Los hallazgos del estudio guardados en ordenadores han sido archivados conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos. Se anonimizó la base de datos, omitiendo de la misma los datos identificativos y sustituyéndolos por un código de identificación previamente asignado.

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1 Distribución

La prueba de Kolmogorov-Smirnov, realizada sobre cada una de las variables, indica que todas las variables poseen una distribución no normal ($p < .05$) salvo “fecha de los hechos” ($p = .2$) y “edad” ($p = .2$), las cuales poseen una distribución normal.

4.1.2 Datos del homicidio

Tabla 1. Homicidios Consumados y No consumados (Tentativa)

	Control		Grupo VG		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumado	50	61.7%	18	66.7%	68	63.0%
Tentativa	31	38.3%	9	33.3%	40	37.0%

La mayoría de las agresiones se saldaron con la muerte de la víctima, en ambos grupos.

El primer homicidio registrado en la serie, perteneciente al grupo Control, fue cometido el 21 de Diciembre de 2001, siendo el último cometido el 26 de octubre de 2016, perteneciente al grupo VG.

En el Grupo Control, la primera agresión se comete el 21 de Diciembre de 2001 y la última el 26 de septiembre de 2016. Todas las agresiones se cometieron con más de 4 días de diferencia; con la excepción de 2

días en los que se cometieron 2 homicidios (no relacionados entre sí) en cada uno de ellos.

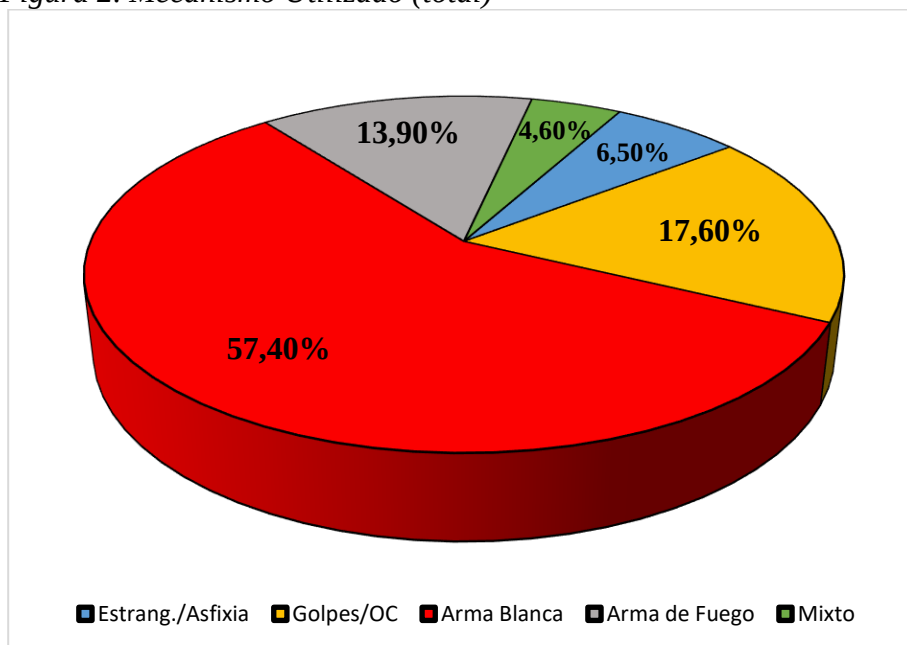
En el Grupo VG, el primer homicidio registrado se comete el 23 de mayo de 2007 y el último el 26 de octubre de 2016. Todas las agresiones estuvieron separadas por más de 4 días de diferencia.

Se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov, separada por grupos, para descartar posibles anomalías en la distribución de las fechas, presentando una distribución Normal tanto en el Grupo Control ($D(81)=0.79$, $p=.2$) como en el Grupo VG ($D(27)=0.76$, $p=.2$).

Tabla 2. Mecanismo utilizado

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Mecanismo	Estrang./Asfixia	5	6.2%	2	7.4%	7	6.5%
	Golpes/OC	17	21.0%	2	7.4%	19	17.6%
	Arma Blanca	43	53.1%	19	70.4%	62	57.4%
	Arma de Fuego	13	16.0%	2	7.4%	15	13.9%
	Envenenamiento	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Otros	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Mixto	3	3.7%	2	7.4%	5	4.6%

Figura 2. Mecanismo Utilizado (total)



Las armas blancas son las más usadas tanto en general como dentro de cada respectivo grupo de estudio. Son especialmente prevalentes en el grupo VG (70.4%) en el que, además, no existe un segundo mecanismo más utilizado, si no que encontramos un porcentaje similar en estrangulamiento/asfixia, golpes/objeto contundente, arma de fuego y mixto. No se halló ningún caso de envenenamiento en todo el estudio, ni un único mecanismo que no estuviese recogido en otras categorías. Las agresiones mixtas consistieron en el uso de golpes u objetos contundentes y armas blancas a excepción de un caso del Grupo Control, que combinó el uso de una sustancia cáustica con arma blanca.

4.1.3 Datos sociodemográficos y antecedentes personales

Tabla 3. Edad

	Grupo	
	Control	VG
Edad (Años) Media	37.43	48.44
Mediana	35.00	46.00
D. Estándar	12.82	13.59
Mínimo	20.00	22.00
Máximo	65.00	87.00

Tanto la media como la mediana del grupo VG presentan 11 años de diferencia respecto a los mismos valores del grupo Control, siendo las desviaciones estándar muy similares. Los agresores de menor edad de ambos grupos presentaban 2 años de diferencia, en contraposición a los 22 años de diferencia que presentaban los más mayores.

Tabla 4. Nacionalidad

	Grupo					
	Control		VG		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nacionalidad Española	63	77.8%	18	66.7%	81	75.0%
Europa Occ.	2	2.5%	2	7.4%	4	3.7%
Europa Este	4	4.9%	2	7.4%	6	5.6%
Norteamérica	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
C.S. América	7	8.6%	4	14.8%	11	10.2%
N.África/O.Medio	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
África Subsah.	1	1.2%	1	3.7%	2	1.9%
Asia	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
Oceanía	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

El grupo VG presenta un menor porcentaje de españoles y menos variedad de nacionalidades extranjeras que el grupo Control. En ambos grupos, el grupo de nacionalidades correspondientes a países latinoamericanos es el segundo grupo más representado, siendo el primero el de españoles.

Figura 3. Relación agresor-víctima (Grupo VG)

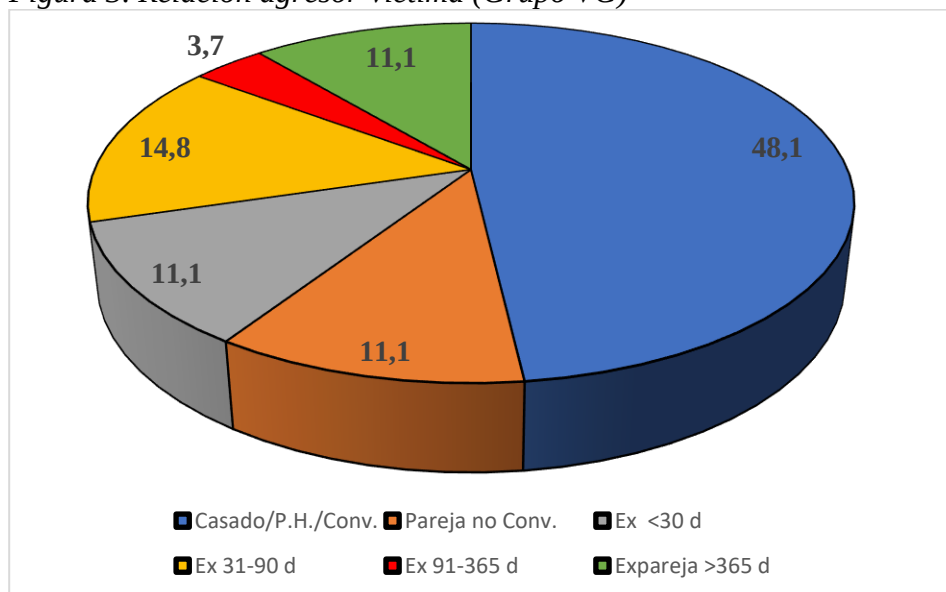
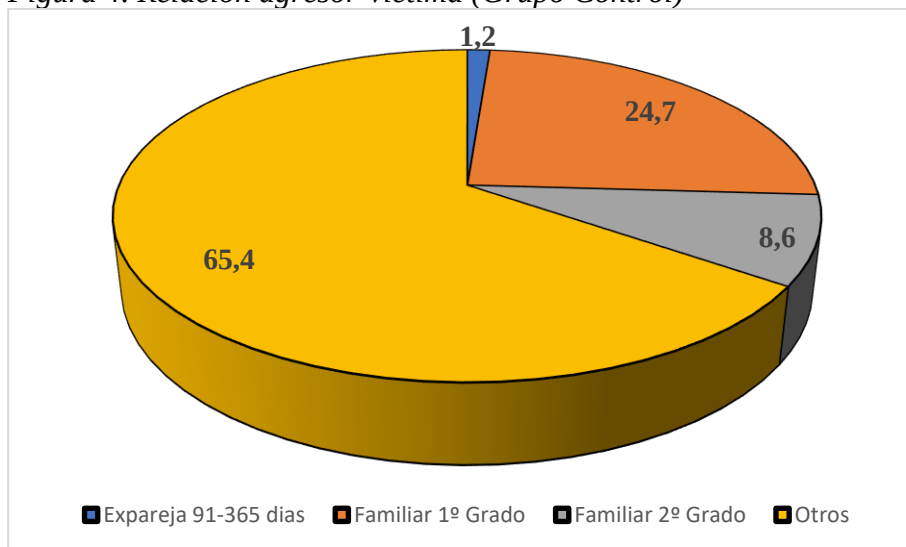


Figura 4. Relación agresor-víctima (Grupo Control)



Salvo por el caso de una expareja en el grupo Control (correspondiente a una relación entre dos hombres) no existe superposición entre el tipo de relación que los homicidas de los distintos grupos mantenían con sus víctimas. En el grupo VG una ligera mayoría de las víctimas (51.9%) eran exparejas de los agresores, con una distribución de porcentajes similar entre los distintos tiempos desde la ruptura de la relación hasta el homicidio. En el grupo Control, casi una cuarta parte de las víctimas (24.7%) eran familiares de primer grado de los agresores, en su mayoría progenitores. Algo menos de dos tercios (65.4%) de las víctimas eran familiares de tercer grado o superior, o no presentaban relación de parentesco.

Tabla 5. Situación laboral

		Grupo					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Situación laboral	Empleado	38	46,9%	16	59.3%	54	50.0%
	Desempleado	28	34.6%	6	22.2%	34	31.5%
	Pensionista	15	18.5%	5	18.5%	20	18.5%

El número de pensionistas es similar en ambos grupos. Observamos que los sujetos del grupo VG tienen un mayor porcentaje de empleados que el grupo Control.

Tabla 6. Nivel de estudios

		Grupo					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Nivel de estudios	Sin E. Analfabeto	3	3.7%	5	18.5%	8	7.4%
	Sin E. Alfabetizado	13	16.0%	4	14.8%	17	15.7%
	E. Primarios	29	35.8%	8	29.6%	37	34.3%
	E. Secundarios	24	29.6%	4	14.8%	28	25.9%
	Bachillerato/FP	8	9.9%	4	14.8%	12	11.1%
	Universitario/Superior	4	4.9%	2	7.4%	6	5.6%

La mayoría de los agresores finalizaron los estudios primarios. En el grupo VG, no obstante, existe mayor distribución entre todos los niveles de estudios que en el grupo Control. Es destacable que el porcentaje de hombres analfabetos en el grupo VG sea el segundo más alto, después de los que finalizaron los estudios primarios.

Tabla 7. Nivel socioeconómico

		Control		Grupo VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
N. Socioecon.	Bajo	54	66.7%	15	55.6%	69	63.9%
	Medio	26	32.1%	12	44.4%	38	35.2%
	Alto	1	1.2%	0	0.0%	1	0.9%

La mayoría de los sujetos poseían un nivel socioeconómico bajo. Tan sólo un sujeto, perteneciente al grupo Control, se calificó como de nivel socioeconómico alto.

Tabla 8. Antecedentes familiares de violencia

		Control		Grupo VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
A.F. Violencia	Ausentes	72	88.9%	24	88.9%	96	88.9%
	Presentes	9	11.1%	3	11.1%	12	11.1%

Casi el 90% de los individuos no habían sufrido malos tratos ni habían estado expuestos a violencia intrafamiliar durante la infancia.

Tabla 9. Antecedentes penales

		Grupo					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Antecedentes	V. Género	6	7.4%	8	29.6%	14	13.0%
Penales	O. Violencia	15	18.5%	1	3.7%	16	14.8%
	Otros	4	4.9%	2	7.4%	6	5.6%
	No A.P.	56	69.1%	16	59.3%	72	66.7%

La mayoría de los agresores no tenían antecedentes penales previos. De entre los individuos que los tenían, en el grupo VG la mayoría de ellos tenían antecedentes por otros delitos de Violencia de Género y, en el grupo Control, de delitos violentos no relacionados con VG.

Tabla 10. Número de Ingresos en Prisión

		Grupo		
		Control	VG	Total
Ingresos en	Media	0.23	0.07	0.19
Prisión	Mediana	0.00	0.00	0.00
	D. Estándar	0.62	0.27	0.55
	Mínimo	0.00	0.00	0.00
	Máximo	3.00	1.00	3.00

De los 21 ingresos en prisión totales, 19 de ellos correspondían a sujetos del grupo Control y 2 de ellos al grupo VG.

4.1.4 Datos relacionados con la Salud Mental

Tabla 11. Trastorno Mental (cualquiera)

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
T. Mental	No	34	42.0%	15	55.6%	50	46.3%
	Si	47	58.0%	12	44.4%	59	54.6%

Una leve mayoría del total de sujetos tenían diagnosticados uno o más trastornos mentales.

Tabla 12. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia y Ausente		62	76.5%	26	96.3%	88	81.5%
T. Psicóticos	Presente	19	23.5%	1	3.7%	20	18.5%

Tan sólo un individuo del grupo VG estaba diagnosticado de Esquizofrenia. El resto de los individuos diagnosticados con este trastorno pertenecían al Grupo Control.

Tabla 13. Trastorno Bipolar

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
T. Bipolar	Ausente	78	96.3%	26	96.3%	104	96.3%
	Presente	3	3.7%	1	3.7%	4	3.7%

El número de individuos con Trastorno Bipolar fue mucho menor que el de diagnosticados de Esquizofrenia. El sujeto del grupo VG presentaba clínica depresiva en el momento de los hechos. Un sujeto del grupo Control se encontraba en fase maníaca, otro en fase depresiva y el tercero en fase de eutimia.

Tabla 14. Trastorno Depresivo

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
T. Depresivo	Ausente	64	79.0%	22	81.5%	86	79.6%
	Presente	17	21.0%	5	18.5%	22	20.4%

El número de individuos con un T. Depresivo es levemente mayor que el de individuos con Esquizofrenia, aunque se hallan distribuidos más homogéneamente entre ambos grupos.

Tabla 15. Trastorno de Ansiedad

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
T. Ansiedad	Ausente	68	84.0%	19	70.4%	87	80.6%
	Presente	13	16.0%	8	29.6%	21	19.4%

El Trastorno de Ansiedad es el único trastorno mental más frecuente en el grupo VG, siendo casi el doble de frecuente que en el grupo Control.

Tabla 16. Trastorno Mental Inducido por Sustancias

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
T. M. I.	Ausente	74	91.4%	26	96.3%	100	92.6%
Sustancias	Presente	7	8.6%	1	3.7%	8	7.4%

Es uno de los trastornos que observamos con menor frecuencia, estando casi ausente en el grupo VG.

Tabla 17. Otros Trastornos Mentales

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Otros T.	Ausente	77	95.1%	24	88.9%	101	93.5%
Mentales	Presente	4	4.9%	3	11.1%	7	6.5%

De los sujetos incluidos en esta clasificación, 4 presentaban un diagnóstico aplazado o en estudio, 2 Trastorno de Conducta no especificado y 1 Trastorno Explosivo Intermitente.

Tabla 18. Antecedentes Familiares de T. Mental/Consumo

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
A. Familiares	Ausentes	60	74.1%	23	85.2%	83	76.9%
TM/Consumo	Presentes	21	25.9%	4	14.8%	25	23.1%

La mayoría de los individuos no tenían antecedentes familiares de trastorno mental o consumo de drogas, aunque fueron más frecuentes que los antecedentes familiares de violencia.

Tabla 19. Número de Hospitalizaciones

		Grupo de pertenencia		
		Control	VG	Total
Número Hosp.	Media	.67	.07	.52
	Mediana	.00	.00	.00
	Desviación estándar	1.85	.38	1.63
	Mínimo	.00	.00	.00
	Máximo	11.00	2.00	11.00

La mayoría de los sujetos (81.5%) nunca habían precisado tratamiento psiquiátrico hospitalario. Si lo habían precisado, lo más frecuente era que hubieran requerido 1 ingreso, hallándose un sujeto que había

precisado hasta el momento de los hechos 11 ingresos. En el grupo VG tan sólo se dio un caso de un individuo que había precisado hospitalización en Psiquiatría (con diagnóstico de trastorno de Ansiedad y Depresión), habiendo sido hospitalizado 2 veces previamente a los hechos.

Tabla 20. Seguimiento Ambulatorio

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Seguimiento	No	34	42.0%	17	63.0%	51	47.2%
Ambulatorio	A. Primaria	8	9.9%	3	11.1%	11	10.2%
	Especialista	39	48.1%	7	25.9%	46	42.6%

De los 58 individuos con trastorno mental, 57 de ellos se sometían a seguimiento médico ambulatorio. La mayor parte no cumplimentaban correctamente el seguimiento o lo habían abandonado completamente (63.2% del total). En el Grupo VG, una mayoría de los sujetos (60%) realizaba adecuadamente su seguimiento.

Tabla 21. Último contacto médico previo a los hechos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Último	Desconocido	0	0.0%	1	3.7%	1	0.9%
Contacto	5 días o menos	10	12.3%	2	7.4%	12	11.1%
	6-15 días	12	14.8%	2	7.4%	14	13.0%
	16-30 días	9	11.1%	4	14.8%	13	12.0%
	31 días o más	50	61.7%	18	66.7%	68	63.0%

La mayoría de los agresores visitaron a un médico por última vez más de un mes antes de cometer el homicidio. Entre los que lo visitaron el mes anterior a los hechos, existe una distribución aproximadamente similar entre los espacios de tiempo observados. No fue posible determinar el último contacto médico de 1 individuo del grupo VG.

Tabla 22. Tratamiento Farmacológico

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tratamiento	No prescrito	36	44.4%	17	63.0%	53	49.1%
Farmacológico	Regular	21	25.9%	3	11.1%	24	22.2%
	Irregular/Abandono	24	29.6%	7	25.9%	31	28.7%

De los 58 individuos con Trastorno mental diagnosticado, 55 tenían prescrito un tratamiento. Una mayoría de estos individuos habían abandonado o cumplimentaban irregularmente su tratamiento.

Tabla 23. Tratamiento psicológico

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tratamiento	No terapia	69	85.2%	22	81.5%	91	84.3%
Psicológico	Regular	8	9.9%	3	11.1%	11	10.2%
	Irregular/Abandono	4	4.9%	2	7.4%	6	5.6%

Las psicoterapias son mucho menos frecuentes que el tratamiento farmacológico. Sin embargo, su cumplimentación regular es el doble de frecuente que en el caso de la terapia con fármacos.

Tabla 24. Trastorno Mental Grave

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Criterios de	No	66	81.5%	24	88.9%	90	83.3%
T. M. G.	Si	15	18.5%	3	11.1%	18	16.7%

Un 32,7% de los individuos diagnosticados de cualquier trastorno mental cumplían criterios de Trastorno Mental Grave.

Tabla 25. Inteligencia

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Inteligencia Normal		71	87.7%	25	92.6%	96	88.9%
	Límite	5	6.2%	2	7.4%	7	6.5%
	D. Intelectual	5	6.2%	0	0.0%	5	4.6%

En el grupo VG no se halló ningún individuo con discapacidad intelectual.

Tabla 26. Alteraciones del Neurodesarrollo.

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Alteraciones	No	75	92.6%	25	92.6%	100	92.6%
Neurodesarrollo	TDAH	4	4.9%	1	3.7%	5	4.6%
	Epilepsia	2	2.5%	1	3.7%	3	2.8%

Aunque tanto el TDAH como la epilepsia estaban escasamente representadas, el primero era más frecuente.

Tabla 27. Alteraciones de Conducta en la Infancia/Adolescencia

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Alt. Cond.	No	56	69.1%	24	88.9%	80	74.1%
Infancia	Si	25	30.9%	3	11.1%	28	25.9%

Los Trastornos conductuales, fugas del domicilio, y otras conductas disruptivas en la infancia y adolescencia fueron casi 3 veces más frecuentes en el grupo Control que en el grupo VG.

Tabla 28. Trastorno de la Personalidad

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Diagnosticado	No	70	86.4%	26	96.3%	96	88.9%
	Clúster A	3	3.7%	0	0.0%	3	2.8%
	Clúster B	8	9.9%	1	3.7%	9	8.3%
	Clúster C	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Sospechado	No	55	67.9%	18	66.7%	73	67.6%
	Clúster A	5	6.2%	0	0.0%	5	4.6%
	Clúster B	19	23.5%	7	25.9%	26	24.1%
	Clúster C	2	2.5%	2	7.4%	4	3.7%

Los trastornos de personalidad Clúster B son los más frecuentes, tanto su diagnóstico confirmado como su sospecha, en ambos grupos. La mayoría de las sospechas de los trastornos de personalidad Clúster B (17 de ellas) se recabaron de la historia clínica de los sujetos o la combinación de la historia clínica y evaluación médico forense, mientras que las otras sospechas se establecieron por la evaluación médico forense. Se realizaron test de personalidad por parte del evaluador forense (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) en 21 de los casos. En el grupo VG no se halló ningún Trastorno de la Personalidad diagnosticado que no perteneciese al Clúster B.

Tabla 29. Antecedentes de Intento de Suicidio

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Intento de	No	74	91.4%	23	85.2%	97	89.8%
Suicidio	Si	7	8.6%	4	14.8%	11	10.2%

El mayor porcentaje de intentos de suicidio previos a la comisión del homicidio se encontraba en el grupo VG.

4.1.5 Datos relacionados con el consumo de sustancias

Tabla 30. Consumo de Sustancias (cualquiera)

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Cualquiera]	No	48	59.3%	17	63.0%	65	60.2%
Intox. Hechos	Si	33	40.7%	10	37.0%	43	39.8%
[Cualquiera]	No	27	33.3%	13	48.1%	40	37.0%
Cons. Regular	Si	54	66.7%	14	51.9%	68	63.0%
[Cualquiera]	No	14	17.3%	8	29.6%	22	20.4%
Ant. Consumo	Si	67	82.7%	19	70.4%	86	79.6%
[Cualquiera]	No	54	66.7%	17	63.0%	71	65.7%
Abuso	Si	27	33.3%	10	37.0%	37	34.3%
[Cualquiera]	No	64	79.0%	22	81.5%	86	79.6%
Dependencia	Si	17	21.0%	5	18.5%	22	20.4%
[Cualquiera]	No	74	91.4%	24	88.9%	98	90.7%
Remisión	Si	7	8.6%	3	11.1%	10	9.3%

Casi dos tercios de los sujetos de estudio consumían con regularidad una o más sustancias tóxicas. Las cifras de consumo son superiores en general en el grupo Control respecto al grupo VG, que sólo presenta porcentajes superiores en el número de individuos que cumplían criterios de abuso a una o más sustancias y en el número de individuos cuyo Trastorno por Consumo cumplía criterios de remisión.

Tabla 31. Alcohol

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Alcohol]	No	58	71.6%	18	66.7%	76	70.4%
Intox. Hechos	Si	23	28.4%	9	33.3%	32	29.6%
[Alcohol]	No	39	48.1%	13	48.1%	52	48.1%
Cons. Regular	Si	42	51.9%	14	51.9%	56	51.9%
[Alcohol]	No	22	27.2%	10	37.0%	32	29.6%
Ant. Consumo	Si	59	72.8%	17	63.0%	76	70.4%
[Alcohol]	No	63	77.8%	20	74.1%	83	76.9%
Abuso	Si	18	22.2%	7	25.9%	25	23.1%
[Alcohol]	No	73	90.1%	23	85.2%	96	88.9%
Dependencia	Si	8	9.9%	4	14.8%	12	11.1%
[Alcohol]	No	76	93.8%	26	96.3%	102	94.4%
Remisión	Si	5	6.2%	1	3.7%	6	5.6%

La ubicuidad del consumo de alcohol en la sociedad es observable por las elevadas cifras de consumo. Es la única sustancia en la que el grupo VG presenta unas cifras mayores que el grupo Control en los apartados de Intoxicación durante los hechos, Abuso y Dependencia.

Tabla 32. Cannabis

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Cannabis]	No	74	91.4%	25	92.6%	99	91.7%
Intox. Hechos	Si	7	8.6%	2	7.4%	9	8.3%
[Cannabis]	No	59	72.8%	24	88.9%	83	76.9%
Cons. Regular	Si	22	27.2%	3	11.1%	25	23.1%
[Cannabis]	No	39	48.1%	18	66.7%	57	52.8%
Ant. Consumo	Si	42	51.9%	9	33.3%	51	47.2%
[Cannabis]	No	75	92.6%	25	92.6%	100	92.6%
Abuso	Si	6	7.4%	2	7.4%	8	7.4%
[Cannabis]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Dependencia	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
[Cannabis]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Remisión	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%

El Cannabis, consumido mayoritariamente por sujetos del grupo Control, presenta unas globalmente bajas de Abuso, Dependencia y Remisión.

El consumo de Fenciclidina fue testimonial, tan sólo encontrando 1 sujeto (perteneciente al grupo Control) que la consumía regularmente. Similarmente, no se encontró ningún sujeto que consumiese Inhalantes, aunque 2 sujetos del grupo Control refirieron haberlos consumido en el pasado.

Tabla 33. Otros Alucinógenos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[O.Alucinógen]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Intox. Hechos	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
[O.Alucinógen]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Cons. Regular	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
[O.Alucinógen]	No	70	86.4%	26	96.3%	96	88.9%
Ant. Consumo	Si	11	13.6%	1	3.7%	12	11.1%
[O.Alucinógen]	No	81	100.0%	27	100.0%	108	100.0%
Abuso	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
[O.Alucinógen]	No	81	100.0%	27	100.0%	108	100.0%
Dependencia	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
[O.Alucinógen]	No	81	100.0%	26	96.3%	107	99.1%
Remisión	Si	0	0.0%	1	3.7%	1	0.9%

Los 2 individuos que se hallaban bajo los efectos de alucinógenos durante los hechos habían consumido derivados del ácido lisérgico (LSD). Todos los sujetos con antecedentes de consumo de alucinógenos habían consumido LSD y dos de ellos, adicionalmente, hongos alucinógenos.

Tabla 34. Opiáceos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Opiáceos]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Intox. Hechos	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
[Opiáceos]	No	71	87.7%	27	100.0%	98	90.7%
Cons. Regular	Si	10	12.3%	0	0.0%	10	9.3%
[Opiáceos]	No	68	84.0%	27	100.0%	95	88.0%
Ant. Consumo	Si	13	16.0%	0	0.0%	13	12.0%
[Opiáceos]	No	77	95.1%	27	100.0%	104	96.3%
Abuso	Si	4	4.9%	0	0.0%	4	3.7%
[Opiáceos]	No	75	92.6%	27	100.0%	102	94.4%
Dependencia	Si	6	7.4%	0	0.0%	6	5.6%
[Opiáceos]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Remisión	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%

Ninguno de los sujetos del grupo VG consumía o había consumido opiáceos en el pasado, concentrándose el consumo el en grupo Control.

Tabla 35. Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[S.H.Ansiol.]	No	74	91.4%	26	96.3%	100	92.6%
Intox. Hechos	Si	7	8.6%	1	3.7%	8	7.4%
[S.H.Ansiol.]	No	66	81.5%	23	85.2%	89	82.4%
Cons. Regular	Si	15	18.5%	4	14.8%	19	17.6%
[S.H.Ansiol.]	No	60	74.1%	22	81.5%	82	75.9%
Ant. Consumo	Si	21	25.9%	5	18.5%	26	24.1%
[S.H.Ansiol.]	No	73	90.1%	25	92.6%	98	90.7%
Abuso	Si	8	9.9%	2	7.4%	10	9.3%
[S.H.Ansiol.]	No	78	96.3%	26	96.3%	104	96.3%
Dependencia	Si	3	3.7%	1	3.7%	4	3.7%
[S.H.Ansiol.]	No	80	98.8%	27	100.0%	107	99.1%
Remisión	Si	1	1.2%	0	0.0%	1	0.9%

Aunque el consumo de hipnosedantes es mayor en el grupo Control que en el grupo VG, la diferencia de frecuencias es la menor de todos los conjuntos de sustancias.

Tabla 36. Cocaína.

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Cocaína]	No	71	87.7%	27	100.0%	98	90.7%
Intox. Hechos	Si	10	12.3%	0	0.0%	10	9.3%
[Cocaína]	No	58	71.6%	25	92.6%	83	76.9%
Cons. Regular	Si	23	28.4%	2	7.4%	25	23.1%
[Cocaína]	No	43	53.1%	21	77.8%	64	59.3%
Ant. Consumo	Si	38	46.9%	6	22.2%	44	40.7%
[Cocaína]	No	70	86.4%	26	96.3%	96	88.9%
Abuso	Si	11	13.6%	1	3.7%	12	11.1%
[Cocaína]	No	76	93.8%	27	100.0%	103	95.4%
Dependencia	Si	5	6.2%	0	0.0%	5	4.6%
[Cocaína]	No	79	97.5%	25	92.6%	104	96.3%
Remisión	Si	2	2.5%	2	7.4%	4	3.7%

El consumo de cocaína es considerablemente mayor en el grupo Control. Sin embargo, observamos que el grupo VG presenta un porcentaje que triplica al del grupo Control respecto a la Remisión en el consumo.

Tabla 37. Anfetaminas

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
[Anfetaminas]	No	80	98.8%	26	96.3%	106	98.1%
Intox. Hechos	Si	1	1.2%	1	3.7%	2	1.9%
[Anfetaminas]	No	79	97.5%	27	100.0%	106	98.1%
Cons. Regular	Si	2	2.5%	0	0.0%	2	1.9%
[Anfetaminas]	No	64	79.0%	25	92.6%	89	82.4%
Ant. Consumo	Si	17	21.0%	2	7.4%	19	17.6%
[Anfetaminas]	No	80	98.8%	27	100.0%	107	99.1%
Abuso	Si	1	1.2%	0	0.0%	1	0.9%
[Anfetaminas]	No	81	100.0%	27	100.0%	108	100.0%
Dependencia	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
[Anfetaminas]	No	77	95.1%	27	100.0%	104	96.3%
Remisión	Si	4	4.9%	0	0.0%	4	3.7%

El consumo de Anfetaminas es predominio casi exclusivo del grupo Control, aunque a diferencia del consumo de opiáceos encontramos algún individuo del Grupo VG que las había consumido en el pasado, y un consumidor no habitual que cometió el homicidio bajo los efectos de un derivado anfetamínico.

En cuanto al consumo de otras sustancias, tan sólo encontramos antecedentes de consumo en 2 individuos (1.9%), ambos pertenecientes al grupo Control (2.5%). Uno de ellos describía un consumo muy elevado de cafeína en forma de bebidas energéticas. El otro, una sustancia sintética cuya naturaleza no conocía, probablemente ketamina según su descripción. Ambos abandonaron el consumo sin necesidad de

tratamiento y sin clínica abstinencial significativa años antes del homicidio.

Tabla 38. Adicciones Comportamentales

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Adicciones	No	76	93.8%	27	100.0%	103	95.4%
Comport.	Si	5	6.2%	0	0.0%	5	4.6%

En todos los casos en los que existían adicciones comportamentales se trataba de adicción a juegos de azar (ludopatía).

Tabla 39. Tratamiento de Trastornos por consumo.

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Seguimiento	No	61	75.3%	24	88.9%	85	78.7%
en UCA	Si	20	24.7%	3	11.1%	23	21.3%
Desintoxic.	No	80	98.8%	27	100.0%	107	99.1%
Hospitalaria	Si	1	1.2%	0	0.0%	1	0.9%
Cent. Desint.	No	75	92.6%	26	96.3%	101	93.5%
Com. Terap.	Si	6	7.4%	1	3.7%	7	6.5%

La mayoría de los sujetos que habían recibido tratamiento para sus adicciones lo habían hecho en una Unidad de Conductas Adictivas, seguidos en frecuencia por la estancia en una Comunidad Terapéutica o Centro de Desintoxicación.

Tabla 40. Policonsumo de Sustancias y Patología Dual

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Policonsumo	No	51	63.0%	22	81.5%	73	67.6%
	Si	30	37.0%	5	18.5%	35	32.4%
Patología Dual	No	72	88.9%	27	100.0%	99	91.7%
	Si	9	11.1%	0	0.0%	9	8.3%

El policonsumo de sustancia del grupo Control duplica al del grupo VG. No hallamos ningún sujeto del grupo VG que cumpla criterios de Patología Dual, hallándose todos en el grupo Control.

4.1.6 Datos relacionados con la conducta post-homicidio

Tabla 41. Intento de suicidio tras los hechos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Intento de	No	78	96.3%	21	77.8%	99	91.7%
Suicidio T.H.	Si	3	3.7%	6	22.2%	9	8.3%

El porcentaje de sujetos del grupo VG que intentaron suicidarse tras la agresión es 6 veces superior al del grupo Control.

Tabla 42. Gravedad del intento de suicidio (escala SALSA)

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Gravedad (Escala SALSA)	Leve (5-10)	1	33.3%	2	33.3%	3	33.3%
	Moderado (11-15)	1	33.3%	2	33.3%	3	33.3%
	Grave (16-20)	1	33.3%	1	16.7%	2	22.2%
	Muy Grave (21-25)	0	0.0%	1	16.7%	1	11.1%

Dos tercios de los intentos de suicidio se calificaban como leves o moderados, siendo el tercio restante graves o muy graves.

Tabla 43. Reconocimiento de los hechos

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Reconocim.	No	22	27.2%	5	18.5%	27	25.0%
Hechos	Si	38	46.9%	16	59.3%	54	50.0%
	Olvido	21	25.9%	6	22.2%	27	25.0%

Más de la mitad de los sujetos del grupo VG reconocieron la autoría. La mitad del total de los individuos negaron su implicación en los hechos o afirmaron no recordarlos.

Tabla 44. Motivación

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Motivo	Discusión	20	24.7%	10	37.0%	30	27.8%
	Interpersonal	11	13.6%	9	33.3%	20	18.5%
	Económico	19	23.5%	1	3.7%	20	18.5%
	I. Delirante	14	17.3%	1	3.7%	15	13.9%
	Otro/Desc.	17	21.0%	6	22.2%	23	21.3%

El motivador de la conducta homicida más frecuente fue la discusión previa. En el grupo VG el porcentaje de homicidios motivados por conflictos interpersonales, pero no relacionados con ningún evento desencadenante, es casi igual de frecuente que la discusión. En el grupo VG los homicidios motivados por móvil económico o en el contexto de ideación delirante son casi inexistentes, tan sólo hallándose un caso de cada tipo. Globalmente, más de una quinta parte de los motivos tras los homicidios son desconocidos o no se pueden clasificar en las categorías anteriores.

4.1.7 Datos relacionados con Informe Médico-Forense y Sentencia

Tabla 45. Conclusiones de Informe, Sentencia y Discrepancias

		Grupo de pertenencia					
		Control		VG		Total	
		N	%	N	%	N	%
Conclusiones	Ex. Completa	15	18.5%	1	3.7%	16	14.8%
Informe M.F.	Ex. Incompleta	10	12.3%	3	11.1%	13	12.0%
(Análogas)	Atenuante	16	19.8%	6	22.2%	22	20.4%
	No Modific.	40	49.4%	17	63.0%	57	52.8%
Conclusiones	Ex. Completa	13	16.0%	1	3.7%	14	13.0%
Sentencia	Ex. Incompleta	7	8.6%	3	11.1%	10	9.3%
	Atenuante	17	21.0%	3	11.1%	20	18.5%
	No Modific.	44	54.3%	20	74.1%	64	59.3%
Discrepancia	No	70	86.4%	24	88.9%	94	87.0%
Informe -	Si	11	13.6%	3	11.1%	14	13.0%
Sentencia							

En la mayoría de los sujetos del grupo VG se concluyó que no existía ningún factor que influyese en su imputabilidad tras la evaluación Médico-Forense, mientras que en el grupo Control se concluyó que existía dicha modificación en una leve mayoría. En las sentencias, sin embargo, no se aplica ninguna modificación de la imputabilidad en más de la mitad de los sujetos. La discrepancia entre informes y sentencias, aunque de porcentaje similar, es levemente mayor en el grupo Control. En la mayoría de los casos en los que existe discrepancia, la sentencia concluye una modificación de la imputabilidad de menor entidad de lo

que se concluyó en el informe Médico-Forense, situación que se da en todos los casos del grupo VG en los que se observa discrepancia.

4.2 ESTADÍSTICA ASOCIATIVA

4.2.1 Datos del homicidio

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Control y el grupo VG respecto a la consumación del homicidio ($p=.917$). Del mismo modo, tampoco se hallaron diferencias entre los distintos mecanismos de agresión utilizados por ambos grupos. La edad no fue un factor estadísticamente significativo en ninguna de las variables estudiadas.

4.2.2 Datos sociodemográficos y antecedentes penales de los sujetos

El incremento de la Edad del agresor se asocia con un aumento significativo ($p<.001$) aunque leve ($OR= 1.06$, $CI\ 95\% = 1.02-1.10$) del riesgo de que el homicidio cometido sea por Violencia de Género, en lugar de por otras causas.

No se halló relación estadísticamente significativa entre la pertenencia al grupo VG y ninguno de los grupos de nacionalidades recogidos. La edad tampoco fue un factor estadísticamente significativo.

Tampoco se halló asociación entre los homicidios por Violencia de Género y que el agresor estuviese empleado ($p=.319$) o fuese pensionista($p=.370$). Sin embargo, sí existió una asociación significativa ($p=.009$) entre una mayor Edad y las probabilidades de percibir una pensión ($OR= 1.05$, $CI\ 95\%= 1.01 - 1.09$).

Respecto al nivel de estudios, el análisis inicial arrojó como resultado un incremento de riesgo de ser analfabeto ($OR= 5.88$, $CI\ 95\% = 1.15-30.60$) si el agresor pertenecía al grupo VG, siendo dicho incremento estadísticamente significativo ($p=.033$). Dado lo inusual de dicha asociación, se decidió repetir el análisis estadístico añadiendo como posibles variables de confusión “Discapacidad Intelectual” e “Inteligencia Límite”. En este nuevo análisis, ni edad ni pertenencia al grupo VG eran factores estadísticamente significativos, mientras que el tener Inteligencia Límite o presentar una Discapacidad Intelectual aumentaban significativamente el riesgo de ser analfabeto (Tabla 46).

Tabla 46. Regresión logística prediciendo riesgo de analfabetismo según grupo de estudio, edad y alteraciones en inteligencia

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Grupo VG	2.38	1.23	3.75	1	.053	10.75	.97	118.87
Edad	.027	.03	.63	1	.429	1.03	.96	1.10
Int. Límite	3.94	1.39	8.05	1	.005	51.50	3.38	783.72
Disc. Intel.	3.28	1.54	4.53	1	.033	26.66	1.30	547.80
Constante	-5.63	1.72	10.67	1	.001	.004		

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Control y el grupo VG respecto a la probabilidad de presentar un nivel socioeconómico bajo, tampoco siendo un factor significativo la edad.

Del mismo modo, no existía diferencia entre ambos grupos respecto a la presencia de antecedentes familiares de violencia. La edad no estaba relacionada con la probabilidad de presentar dichos antecedentes.

No observamos diferencias entre grupos en los antecedentes penales en su conjunto, los antecedentes por delitos violentos no relacionados con VG y los antecedentes de delitos no violentos. Tampoco se observaban diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos en prisión.

En los Antecedentes Penales de delitos por Violencia de Género, observamos que sí existe una diferencia significativa ($p=.019$). Los homicidas por Violencia de Género presentan un riesgo superior al cuádruple ($OR= 4.50$, $CI\ 95\%= 1.29-15.79$) de tener Antecedentes

Penales por delitos de Violencia de Género previos al homicidio que los sujetos del grupo Control (Tabla 43).

Tabla 47. Regresión logística prediciendo probabilidad de presentar Antecedentes Penales (Violencia de Género) según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Grupo VG	1.51	.64	5.54	1	.019	4.50	1.29	15.79
Edad	.02	.02	.43	1	.510	1.06	.97	1.06
Constante	-3.01	.99	9.88	1	.002	.045		

4.2.3 Datos relacionados con la Salud Mental

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Control y el grupo VG en la presencia de trastornos mentales en su conjunto($p=.273$). Tampoco se hallaron en los diagnósticos de Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y relacionados (tanto en Eutimia como en manía o depresión), Trastorno Depresivo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Mental Inducido por Sustancias, Otros Trastornos Mentales y Trastorno de la Personalidad (diagnosticado y sospechado). La edad no fue un factor estadísticamente significativo.

En cuanto al seguimiento y el tratamiento, no existieron igualmente diferencias significativas entre grupos en seguimiento ambulatorio por Atención Primaria, seguimiento ambulatorio por Especialista, seguimiento irregular o abandono, tratamientos farmacológico y psicológico y el abandono de dichos seguimientos, ni influyendo significativamente la edad. Los hallazgos son similares en los

antecedentes familiares de enfermedad mental, antecedentes de intento de suicidio, alteraciones de conducta en la infancia, número de hospitalizaciones y último contacto médico antes de los hechos.

En lo relativo a la inteligencia, no se hallan diferencias significativas entre los homicidas por VG y el resto de los agresores en lo concerniente a la discapacidad intelectual y la inteligencia límite. sin embargo, si existe una disminución significativa ($p=.028$) de las probabilidades de presentar un diagnóstico de inteligencia límite a mayor edad ($OR=.9$ CI 95% = .81-.99)

Tabla 48. Regresión Logística prediciendo probabilidad de tener diagnóstico de Inteligencia Límite, según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Grupo VG	1.39	1.06	1.79	1	.189	4.02	.50	32.02
Edad	-.111	.05	4.80	1	.028	.90	.81	.99
Constante	.76	1.45	.270	1	.603	2.13		

En los análisis de alteraciones del neurodesarrollo, no se observó que la pertenencia al grupo VG o al grupo control modificara de forma significativa las probabilidades de presentar un diagnóstico de epilepsia o TDAH. En lo concerniente a la edad sí se halló una relación significativa ($p=.024$) entre el aumento de la edad y la reducción del riesgo de padecer TDAH ($OR=.79$ CI 95% = .64-.97).

Tabla 49. Regresión Logística prediciendo probabilidad de tener diagnóstico de TDAH, según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
Grupo VG	1.81	1.52	1.42	1	.233	6.12	.31	120.12
Edad	-.239	.11	5.11	1	.024	.79	.64	.97
Constante	3.72	2.57	2.10	1	.147	41.12		

4.2.4 Datos relacionados con el consumo de sustancias

Analizando el consumo de sustancias (cualquiera), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas que relacionasen la pertenencia al grupo Control o el grupo VG y el consumo de cualquier sustancia, en los seis aspectos explorados: intoxicación en momento de los hechos, consumo regular actual, antecedentes de consumo, criterios de abuso. criterios de dependencia, criterios de remisión. El análisis inicial sugería una disminución de presentar Abuso de Sustancias (cualquiera) a mayor edad, pero un análisis con la edad como única variable independiente no arrojó un resultado significativo.

Tabla 50. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Abuso de Sustancias (cualquiera), según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
Grupo VG	.58	.51	1.29	1	.257	1.79	.65	4.90
Edad	-.04	.01	4.65	1	.031	.96	.93	.99
Constante	.68	.66	1.05	1	.306	1.97		

Tabla 51. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Abuso de Sustancias (cualquiera), según edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Edad	-.03	.02	3.67	1	.055	.97	.94	1.00
Constante	.55	.65	.73	1	.392	1.74		

Ningún aspecto de los explorados respecto al consumo de alcohol presentaba diferencias significativas ente grupos, tampoco observándose diferencia significativa relativa a la edad.

Respecto al consumo de cannabis, no se hallaron diferencias significativas entre el grupo VG y el grupo Control. La edad fue un factor estadísticamente significativo tanto en el consumo regular actual ($p=.001$) como en los antecedentes de consumo ($p=.003$). El aumento de edad disminuye el riesgo de ser consumidor regular de cannabis en el momento de los hechos ($OR= 0.92$, $CI\ 95\%= 0.88-0.97$) así como de presentar antecedentes de consumo de cannabis ($OR= 0.95$, $CI\ 95\%= 0.91- 0.99$). Esta relación fue comprobada con un análisis en el que la edad era la única variable independiente.

Explorando los consumos de fenciclidina, otros alucinógenos e inhalantes, ni la edad ni la pertenencia a uno u otro grupo (Control o VG) fueron factores significativos, del mismo modo que no lo fueron en el consumo de opiáceos u otras sustancias.

En lo respectivo al consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, la implicación en Violencia de Género no es significativa, pero sí que lo es la edad en lo que respecta a los antecedentes de consumo ($p=.022$). El riesgo de presentar antecedentes de consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos disminuye con el aumento de la edad ($OR=.95$ CI 95%= 0.92-0.99), lo que se comprobó en un nuevo análisis con la edad como única variable independiente.

De forma similar, no existían diferencias entre los grupos Control y VG respecto al consumo de cocaína, pero la edad indicó una disminución del riesgo significativa, a mayor edad, de presentar antecedentes de consumo de cocaína. Dado que el intervalo de confianza al 95% incluía el número 1.00, se realizó un análisis con la edad como única variable independiente, confirmando los resultados.

Tabla 52. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Antecedentes de Consumo de Cocaína, según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Grupo VG	-.81	.54	2.23	1	.135	.47	.15	1.29
Edad	-.03	.02	3.94	1	.047	.97	.93	1.00
Constante	1.11	.66	2.86	1	.091	3.04		

Tabla 53. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Antecedentes de Consumo de Cocaína, según edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Edad	-.04	.02	6.53	1	.011	.96	.93	.99
Constante	1.23	.65	3.62	1	.057	3.43		

La edad es igualmente un factor significativo ($p=.039$) en los Antecedentes de consumo de anfetaminas, disminuyendo las probabilidades de presentarlo según aumenta la edad ($OR = 0.95$ CI 95% = $0.90 - 0.99$). El resto de los aspectos del consumo de anfetaminas no se ven influidos por la edad ni por la Violencia de Género de forma significativa.

Las adicciones comportamentales tampoco se vieron influidas por la edad ni por el hecho de que el agresor estuviese implicado en un caso de Violencia de Género.

En cuanto al tratamiento de los trastornos por consumo no se hallaron diferencias significativas entre grupos en el Seguimiento en UCA, antecedentes de desintoxicación hospitalaria ni Centro de Deshabitación o Comunidad terapéutica. La edad tampoco influyó significativamente en estos factores.

No se halló significación entre los grupos respecto al policonsumo de sustancias, pero sí en la edad ($p=.004$), cuyo aumento disminuye el riesgo de presentar policonsumo ($OR = 0.94$ CI 95% = $0.91 - 0.98$). El

riesgo de cumplir criterios de Patología Dual no se vio influido por la edad ni por la pertenencia al grupo VG.

4.2.5 Datos relacionados con la conducta post-homicidio

El análisis de intento de suicidio tras los hechos arrojó una diferencia estadísticamente significativa entre los miembros del grupo VG y el grupo Control ($p=.019$). Los homicidas implicados en casos de Violencia de Género tienen un riesgo incrementado en más del séxtuple ($OR= 6.59$ $CI\ 95\% = 1.37 - 31.61$) de intentar suicidarse tras los hechos que los homicidas por otra causa. La edad no fue un factor estadísticamente significativo.

Se realizó un nuevo modelo introduciendo posibles variables de confusión relevantes adicionales: homicidio consumado, Trastorno Depresivo, Trastorno de Ansiedad y reconocimiento posterior de los hechos. Los hombres pertenecientes al grupo VG, según este modelo, tienen 6.34 veces más probabilidades de intentar suicidarse tras los hechos ($p=.030$) ($IC\ 95\% = 1.20-33.56$) que el resto de los homicidas. La edad, así como el resto de las variables, no fueron factores estadísticamente significativos.

Tabla 54. Regresión Logística prediciendo probabilidad de realizar Intento de Suicidio Tras los Hechos, según grupo, edad y variables de confusión

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
Grupo VG	1.85	.85	4.73	1	.030	6.34	1.20	33.56
Edad	.02	.03	.61	1	.436	1.02	.97	1.08
H.Consumado	.31	.85	.13	1	.718	1.36	.26	7.14
Depresión	-19.27	8103.63	.00	1	.998	.00	.00	.
Ansiedad	.63	1.04	.37	1	.541	1.88	.25	14.30
Rec.Hechos	-.98	.83	1.42	1	.234	.37	.07	1.89
Constante	-3.68	1.43	6.61	1	.010	.03		

No se observaron diferencias significativas entre el grupo VG y el grupo Control en cuanto a la gravedad del intento de suicidio tras los hechos. Tampoco se observó que la edad fuese un factor estadísticamente significativo.

Estadísticamente no hay diferencias significativas entre los sujetos de uno u otro grupo que reconocieron los hechos o afirmaron haberlos olvidado, tampoco se observó que la edad influyese de forma significativa.

No hay diferencias entre el grupo Control y el grupo VG cuando las agresiones se cometieron tras una discusión, en el contexto de ideación delirante o por motivos desconocidos o no recogidos en otras categorías.

Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p=.012$) cuando la agresión vino motivada por motivos interpersonales. Los

homicidios por Violencia de Género tienen un riesgo superior al cuádruple ($OR = 4.38$ $CI\ 95\% = 1.38 - 13.91$) de que el móvil tras la agresión sea un conflicto interpersonal, sin que medie una discusión en las 12 horas anteriores a los hechos.

Tabla 55. Regresión Logística prediciendo probabilidad de Motivación Interpersonal, según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
Grupo VG	1.48	.59	6.27	1	.012	4.38	1.38	13.91
Edad	-.03	.02	1.62	1	.204	.97	.93	1.02
Constante	-.88	.81	1.18	1	.277	.42		

Se observa una relación inversa, significativa ($p=0.44$), cuando el motivo de la agresión es económico. En casos de Violencia de Género existe un riesgo reducido ($OR = 0.12$ $CI\ 95\% = 0.14 - 0.95$) de que el homicidio se produzca por motivos económicos.

Tabla 56. Regresión Logística prediciendo probabilidad de Motivación Económica, según grupo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
Grupo VG	-2.17	1.08	4.04	1	.044	.12	.01	.95
Edad	.01	.02	.16	1	.686	1.01	.97	1.05
Constante	-1.48	.79	3.49	1	.062	.23		

4.2.6 Datos relacionados con Informe Médico-Forense y Sentencia

Ni las conclusiones de los informes Médico-Forense (Eximente Completa, Eximente Incompleta, Atenuante), ni las conclusiones de la Sentencia (Eximente Completa, Eximente Incompleta, Atenuante), ni la discrepancia entre Sentencia e Informe presentaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Del mismo modo, la edad no fue un factor estadísticamente significativo.

4.3 ANÁLISIS PARALELOS

4.3.1 Asociación entre diagnóstico de Trastorno Mental y Mecanismo de agresión Utilizado.

Se halló una relación estadísticamente significativa ($p=.046$) entre el diagnóstico de Esquizofrenia y el uso de golpes u objetos contundentes como mecanismo de agresión. El diagnóstico de Esquizofrenia aumenta en 3.05 veces el riesgo de usar golpes o armas contundentes (IC 95% 1.02-9.11), no siendo la edad significativa.

Tabla 57. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Golpes/O. Contundente, según diagnóstico de Esquizofrenia y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Esquizofrenia	-.01	.02	.24	1	.628	.99	.96	1.03
Edad	1.11	.56	3.97	1	.046	3.05	1.02	9.11
Constante	-1.39	.80	3.05	1	.081	.25		

No se halló ninguna asociación significativa entre el Trastorno Bipolar y un mecanismo concreto, en ninguna de sus fases o en eutimia. Tampoco se halló en el trastorno depresivo.

En lo referente al Trastorno de Ansiedad, se encontró un resultado significativo ($p=.025$). El diagnóstico de ansiedad se asoció con un aumento de riesgo de 3.94 veces de usar un arma de fuego para cometer el homicidio frente a la ausencia de dicho diagnóstico (IC 95%= 1.19-13.06). La edad no fue un factor estadísticamente significativo.

Tabla 58. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Arma de Fuego, según diagnóstico de Ansiedad y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Ansiedad	1.37	.61	5.02	1	.025	3.94	1.19	13.06
Edad	.02	.02	.69	1	.407	1.02	.98	1.06
Constante	-3.03	1.00	9.18	1	.002	.05		

No se hallaron asociaciones significativas entre la elección de un mecanismo lesivo concreto y el Trastorno Mental Inducido por Sustancias. Tampoco entre los individuos que cumplían criterios de Trastorno Mental Grave, Patología Dual, u otro trastorno mental no recogido en otras categorías.

En los sujetos con discapacidad intelectual tampoco se observó una frecuencia significativa de elección de un mecanismo concreto. Sin

embargo, se halló un riesgo 18.25 veces mayor de usar un mecanismo mixto entre los individuos que habían recibido un diagnóstico de capacidad intelectual límite (IC 95%= 1.94-171.67). Dicha asociación fue estadísticamente significativa ($p=.011$).

Tabla 59. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Mecanismo Mixto, según diagnóstico de Int. Límite y edad.

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
Int. Límite	2.094	1.14	6.45	1	.011	18.25	1.94	171.67
Edad	0.26	.03	.58	1	.445	1.02	.96	1.10
Constante	-4.60	1.65	7.80	1	.005	.01		

Respecto a los Trastornos de la Personalidad diagnosticados, la única asociación significativa ($p=.002$) fue entre el diagnóstico de un TP perteneciente al clúster B y el uso de un mecanismo de agresión mixto, aumentando en 38.95 veces el riesgo de su uso (IC 95%= 3.86-392.59).

Tabla 60. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Mecanismo Mixto, TP Clúster B Diagnosticado y edad.

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds	95% C.I. para OR	
						Ratio	Inferior	Superior
TPD Cl. B	3.66	1.18	9.65	1	.002	38.95	3.86	392.59
Edad	.04	.04	1.04	1	.308	1.04	.96	1.12
Constante	-5.64	2.01	7.86	1	.005	.01		

En el análisis de los Trastornos de la Personalidad sospechados, la sospecha de Trastorno de Personalidad clúster B no diagnosticado se asoció de forma significativa ($p=.026$) con un incremento del riesgo de uso de arma blanca de 3.17 frente a la ausencia de dicha sospecha (IC 95%= 1.15-8.72).

Tabla 61. Regresión Logística prediciendo probabilidad de uso de Mecanismo Mixto, TP Clúster B Sospechado y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
TPS Cl. B	1.15	.52	4.96	1	.026	3.17	1.15	8.72
Edad	-.01	.02	.01	1	.947	1.00	.97	1.03
Constante	.09	.64	.02	1	.889	1.09		

4.3.2 Asociación entre criterios de Trastorno Mental Grave y antecedentes penales.

No se halló una asociación significativa entre que un individuo cumpliera criterios de Trastorno Mental Grave y la frecuencia con la que este tenía antecedentes penales, tanto en su conjunto como separados por Categorías (Violencia de Género, otros delitos con violencia, otros delitos). Sin embargo, si se observó que los sujetos que cumplen criterios de Trastorno Mental Grave tienen un riesgo 4.53 veces mayor (IC 95%= 1.36-15.04) de presentar uno o más ingresos en prisión en su historia personal que los que no cumplen estos criterios, de forma estadísticamente significativa ($p=.014$).

Tabla 62. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de Ingreso en prisión, según criterios de Trastorno Mental Grave y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
T. M. G.	1.51	.61	6.09	1	.014	4.53	1.36	15.04
Edad	-.01	.02	.11	1	.740	.99	.95	1.04
Constante	-1.91	.93	4.20	1	.041	.15		

4.3.3 Asociación entre criterios de Patología Dual y antecedentes penales.

Cumplir criterios de Patología Dual presenta un aumento de riesgo significativo de 4.6 veces de tener antecedentes penales de cualquier tipo (IC 95%= 1.08-19.62), siendo una asociación significativa ($p=.039$). También se asoció significativamente ($p=.002$) con un incremento de riesgo (10.38 veces) de tener antecedentes penales por delitos violentos (IC 95%= 2.39-45.11) y un incremento del riesgo de haber ingresado en prisión de 6.4 veces más que la población general (IC 95%= 1.49-27.46), también significativo ($p=.013$).

Tabla 63. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (cualquiera), según criterios de Patología Dual y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Patol. Dual	1.52	.74	4.25	1	.039	4.60	1.08	19.62
Edad	.00	.02	.00	1	.988	1.00	.97	1.03
Constante	-2.35	1.04	5.13	1	.024	.10		

Tabla 64. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (otros delitos con Violencia), según criterios de Patología Dual y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Patol. Dual	2.34	.75	9.74	1	.002	10.38	2.39	45.11
Edad	-.03	.02	1.15	1	.285	.97	.93	1.02
Constante	-3.43	1.23	7.79	1	.005	.03		

Tabla 65. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de Ingreso en prisión, según criterios de Patología Dual y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Patol. Dual	1.86	.74	6.23	1	.013	6.40	1.49	27.46
Edad	-.01	.02	.07	1	.788	.99	.95	1.04
Constante	-1.84	.94	3.84	1	.050	.16		

4.3.4 Asociación entre Policonsumo de Sustancias y antecedentes penales.

El Policonsumo de Sustancias incrementó el riesgo de tener antecedentes penales en 6.05 veces (IC 95%= 2.30-15.94), siendo una asociación significativa ($p<0.001$). También se asoció ($p=.001$) con un incremento de riesgo de 9.78 veces de presentar antecedentes penales por delitos con violencia (IC 95%= 2.59-36.96) y con un incremento de probabilidades de haber ingresado al menos una vez en prisión de 18.91 veces ($p<0.001$) (IC 95% 3.96-90.22)

Tabla 66. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (cualquiera), según Policonsumo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Policonsumo	1,80	,49	13,28	1	,000	6,05	2,30	15,94
Edad	,02	,02	1,68	1	,195	1,02	,99	1,06
Constante	-2,26	,83	7,34	1	,007	,10		

Tabla 67. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes Penales (otros delitos con Violencia), según Policonsumo y Edad.

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Policonsumo	2.28	.68	11.31	1	.001	9.78	2.59	36.96
Edad	.01	.02	.12	1	.735	1.01	.96	1.06
Constante	-3.21	1.21	7.06	1	.008	.04		

Tabla 68. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de Ingreso en Prisión, según Policonsumo y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Policonsumo	2.94	.80	13.60	1	.000	18.91	3.96	90.22
Edad	.04	.03	1.95	1	.163	1.04	.99	1.09
Constante	-4.82	1.42	11.59	1	.001	.01		

4.3.5 Asociación entre TDAH y consumo de sustancias

Analizando las drogas en su conjunto, no existe asociación significativa entre el TDAH y su consumo.

Explorando los distintos tipos de sustancias, existe una asociación significativa ($p=.040$) entre el TDAH y las probabilidades de presentar una intoxicación por alcohol en el momento de la agresión, viéndose incrementadas en 11.12 veces (IC 95%= 1.12-110.68). El diagnóstico de TDAH, asimismo, aumenta 16.25 veces el riesgo de presentar dependencia a alcohol ($p=.013$) (IC 95%= 1.78-148.31). El aumento de edad se asoció con un aumento de riesgo de presentar dependencia del alcohol ($p=0.47$).

Tabla 69. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Intoxicación por Alcohol en el momento de los hechos, según diagnóstico de TDAH y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
TDAH	2.41	1.17	4.22	1	.040	11.12	1.12	110.68
Edad	.00	.01	.02	1	.893	1.00	.971	1.04
Constante	-1.08	.70	2.34	1	.127	.34		

Tabla 70. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar Dependencia a Alcohol, según diagnóstico de TDAH y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
TDAH	2.79	1.13	6.11	1	.013	16.25	1.78	148.31
Edad	.05	.02	3.95	1	.047	1.05	1.01	1.10
Constante	-4.35	1.20	13.24	1	.000	.01		

También se observó una asociación significativa ($p=.014$) entre el diagnóstico de TDAH y el riesgo de presentar antecedentes de consumo de otros alucinógenos, aumentando ese riesgo en 13.44 veces (IC 95% 1.69-106.72).

Tabla 71. Regresión Logística prediciendo probabilidad de presentar antecedentes de consumo de Otros Alucinógenos, según diagnóstico de TDAH y edad

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
TDAH	2.60	1.06	6.04	1	.014	13.44	1.69	106.72
Edad	-.01	.03	.13	1	.716	.99	.94	1.04
Constante	-1.96	1.10	3.19	1	.074	.14		

El análisis de los tóxicos comprendidos en los grupos “inhalantes” y “opiáceos” no halló asociaciones significativas con el diagnóstico de TDAH.

No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre el diagnóstico de TDAH y ninguno de los aspectos recogidos de consumo, en el resto de los grupos de sustancias (cannabis, fenciclidina, inhalantes, opiáceos, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, cocaína, anfetaminas, otras sustancias). El TDAH tampoco mostró asociación con adicciones comportamentales, policonsumo de sustancias y Patología Dual.

4.3.6 Asociación entre Conclusiones del informe Médico-Forense y Discrepancia entre Sentencia e Informe

El análisis estadístico observó que la conclusión análoga a eximente incompleta en el informe presenta un aumento de riesgo de 13.95 veces, respecto a otras conclusiones, de que exista discrepancia entre sentencia

e informe médico-forense, siendo este aumento de riesgo significativo ($p=.005$) (IC 95%= 2.18-89.26). La conclusión análoga a atenuante en el informe presenta un aumento de probabilidad, estadísticamente significativo ($p=.007$) de 10.56 veces de que exista discrepancia entre las conclusiones del informe Médico-Forense y lo dictado en la sentencia (IC 95% 1.93-57.85).

Tabla 72. Regresión Logística prediciendo probabilidad de Discrepancia entre Informe Médico-Forense y Sentencia, Según conclusiones del Informe Médico-Forense

	B	E.E.	Wald	gl	p.	Odds Ratio	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Edad	-.01	.02	.14	1	.714	.99	.95	1.04
Ex. Completa	1.28	1.04	1.51	1	.219	3.60	.47	27.85
Ex. Incompleta	2.64	.95	7.75	1	.005	13.95	2.18	89.26
Atenuante	2.36	.87	7.38	1	.007	10.56	1.93	57.85
Constante	-2.99	1.12	7.12	1	.008	.05		

4.3.7 Asociación entre diversos antecedentes y Discrepancia entre Sentencia e Informe

Se exploró la existencia de Discrepancia entre Sentencia e Informe y las siguientes variables: “edad”, “nivel socioeconómico bajo”, “antecedentes penales”, “criterios de Trastorno Mental Grave”, “Trastorno de la Personalidad diagnosticado”, “policonsumo de sustancias”, criterios de Patología Dual, “consumo de sustancias (cualquiera) intoxicación durante los hechos”, “consumo de sustancias

(cualquiera) consumo regular actual”, “consumo de sustancias (cualquiera) antecedentes de consumo”, “consumo de sustancias (cualquiera) criterios de abuso”, “consumo de sustancias (cualquiera) criterios de dependencia”, “consumo de sustancias (cualquiera) criterios de remisión”, “policonsumo de sustancias”. No se halló asociación estadísticamente significativa con ninguna de ellas.

4.3.8 Asociación entre Relación con la Víctima y circunstancias del Homicidio

No se encontró asociación entre la relación de la víctima respecto al agresor (pareja, expareja, familiar de primer o segundo grado, desconocidos) y ninguno de los mecanismos utilizados. Tampoco existió asociación entre la relación con la víctima y las probabilidades de que el homicidio se consumase.

5 DISCUSIÓN

5.1 HIPÓTESIS PRINCIPAL

5.1.1 Datos del Homicidio

Aunque el porcentaje de homicidios consumados es levemente mayor en el grupo VG, la diferencia no es estadísticamente significativa. Una tasa de consumación significativamente mayor podría hacer pensar que los homicidas por VG adoptan medidas para aumentar las probabilidades de que su víctima fallezca, por ejemplo, utilizando medios más letales o cometiendo la agresión en lugares aislados para prevenir el rescate. Las cifras similares de consumación de la muerte entre los dos grupos permiten inferir que la letalidad de las agresiones homicidas en casos de Violencia de Género es similar a la letalidad de las agresiones por otros motivos. Dado que una condena por homicidio en grado de Tentativa indica que la muerte de la víctima no se ha consumado por causas ajenas a la voluntad del agresor (98) podemos descartar que los sujetos de estudio no tuviesen intención de acabar con la vida de sus víctimas.

No hallamos agrupaciones inusuales entre las fechas de los homicidios, lo cual es consistente con el estudio realizado por la DGVG (41). En nuestra muestra, por tanto, no existe evidencia de que el “efecto llamada” ejerza una influencia significativa en lo que se refiere a las muertes por Violencia de Género.

El uso de armas blancas en la mayoría de los homicidios es explicable por su ubicuidad y bajo coste, así como por la facilidad de que una agresión con ellas pueda tener un resultado mortal. Se trata del método

homicida más frecuentemente utilizado en España, siendo utilizado en el 41.1% de los casos según el último informe publicado por el Ministerio del Interior (113). Los golpes, bien con partes del cuerpo u objetos contundentes, son el segundo mecanismo más usado. Su acceso es más fácil incluso que el de las armas blancas. Incluso si no tenemos en cuenta las armas naturales del cuerpo, se puede encontrar un arma contundente improvisada en cualquier domicilio, aunque su letalidad depende en gran medida de la diferencia física entre víctima y agresor.

Las armas de fuego son relativamente poco utilizadas, siendo más frecuente su uso en el grupo Control que en el grupo VG. Probablemente se deba a que la mayoría de las armas de fuego que encontramos en el estudio no eran posesión legal de los agresores, que las usaban generalmente en el contexto de actividades criminales. Tan sólo se encontraron dos casos en los que el arma de fuego era propiedad legal del homicida (una escopeta de caza y una pistola).

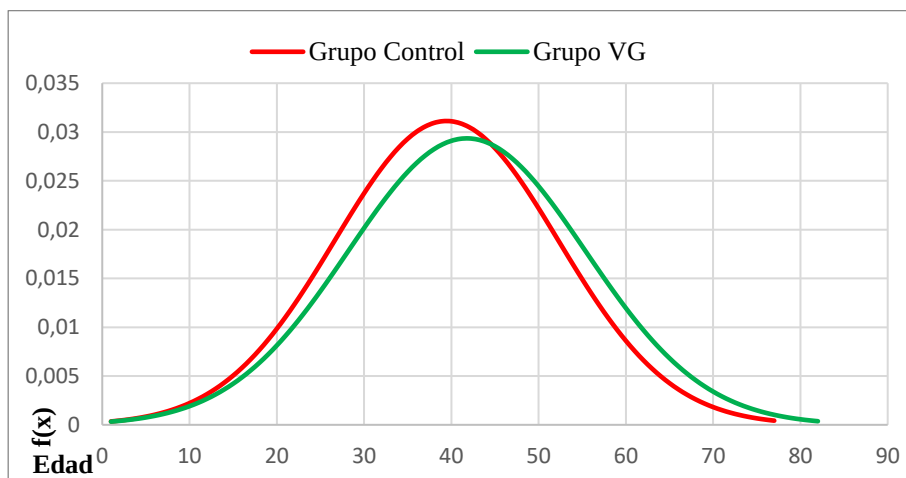
Encontramos un porcentaje muy bajo de homicidios por estrangulamiento o asfixia en ambos grupos, no existiendo diferencia significativa entre ellos, en consonancia con la evidencia de que el estrangulamiento, en Violencia de Género, es una agresión habitualmente no letal, utilizada por los maltratadores como método de control e intimidación (114). Las mujeres que son estranguladas de forma reiterada por sus parejas sufren una gran cantidad de secuelas tanto físicas como psíquicas, derivadas principalmente del daño cerebral que produce la anoxia cerebral y el trauma emocional. El

estrangulamiento no letal es, asimismo, un factor indicador de riesgo futuro de que la mujer muera a manos de su pareja agresora (115, 116).

5.1.2 Datos sociodemográficos y antecedentes penales de los sujetos

El grupo VG presenta una media de edad algo superior a 10 años respecto a la media del grupo Control, existiendo una desviación estándar con menos de 1 punto de diferencia entre ambos grupos (12.817 en el grupo Control, 13.594 en el grupo VG). Ambas medias de edad tienen una diferencia casi igual respecto a la mediana (2.43 años de diferencia en el grupo Control, 2.44 años de diferencia en el grupo VG). Estos datos son consecuentes con la distribución normal de la edad en la muestra del estudio.

Figura 5. Distribución de edad del Grupo Control y Grupo VG.



La media de edad del grupo VG (48.44 años) es bastante similar a la que se halló en el estudio de asesinatos totales que publicó

recientemente la Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género, que era de 46.3 años. (41) Si tenemos en cuenta el número relativamente bajo de sujetos en la muestra, así como la existencia de un valor extremo, la mediana sería un indicador de mayor fiabilidad. La mediana de edad del grupo VG es de 46 años, más próxima a las cifras observadas en el estudio de la DGCVG. Del mismo modo, la media de edad de los homicidas por otras causas es similar a lo observado en muestras criminales (117).

Esta diferencia de edad se explica porque la Violencia de Género evoluciona de forma distinta a otros tipos de violencia. Mientras que la delincuencia común y las conductas antisociales, con el aumento del riesgo de violencia que implican, son habituales en la adolescencia y en la adultez temprana (118), los homicidios por Violencia de Género suelen ser el punto culminante de una situación de abuso continuado. Monckton-Smith (2020) presenta un modelo explicativo de la relación de maltrato que culmina en el asesinato de la pareja. El estadio 1 se corresponde a la pre-relación. A medida que la relación progresa, la violencia y las conductas de maltrato escalan hasta el estadio 8; el homicidio. Aunque existe una gran variabilidad entre casos, frecuentemente el paso del estadio 1 hasta el 8 requiere años de relación (119). El modelo de Enander et al. (2021) no explora una evolución temporal tan amplia de la relación de pareja, aunque coincide en la existencia de una fase de “escalada” o “construcción” (build-up) de la situación de maltrato que desemboca en el homicidio de la pareja (120,121). Dado que la relación de maltrato prolongada en el tiempo es

un factor de riesgo para que el maltrato escale hasta homicidio y la Violencia de Género no implica que el agresor sea una persona violenta en general o presente una carrera delictiva, la superior edad media de los homicidas en casos de VG es un hallazgo consistente y explicable. Cuanto más se prolongue en el tiempo la relación de maltrato, más hostilidad existirá del agresor hacia su pareja y habrá más probabilidades de que la violencia escale en intensidad. A efectos de la valoración del riesgo, ni la escala EPV-R ni la VFH_{5.0}-H valoran la edad avanzada del agresor (aunque la VFH_{5.0}-H si valora que el agresor sea menor de 24 años). Realizar investigaciones que establezcan una horquilla de edad del agresor en la que las probabilidades de homicidio aumentan podría suponer un aumento sustancial de la precisión de las valoraciones de riesgo.

El porcentaje de homicidas extranjeros que encontramos en el grupo VG es muy similar al que podemos encontrar en el estudio de la DGVG (41). Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, actualmente los varones extranjeros son el 11.89% del total de hombres residentes en la provincia de Valencia (121). Este dato puede hacer pensar que el hecho de ser extranjero, por sí sólo, aumenta el riesgo de cometer un homicidio. No obstante, existe evidencia de que en igualdad de factores socioeconómicos no hay diferencias de criminalidad entre nacionales y extranjeros. La sobrerrepresentación de extranjeros respecto al porcentaje de la población total que conforman indicativo de su peor situación socioeconómica general, si la comparamos con los nacionales españoles (123)

El porcentaje de agresores del grupo VG que mataron a su pareja actual y los que mataron a su expareja es bastante similar a lo que encontramos en el estudio publicado por la DGVG (41), aunque en la muestra de estudio hay un porcentaje menor de parejas convivientes. En cuanto a las mujeres que habían finalizado la relación, más de la mitad murieron dentro de los tres primeros meses de la ruptura. Es llamativo que las mujeres que fueron menos frecuentemente asesinadas fueron las que habían roto su relación hace más de 90 días, pero menos de 366. Existe evidencia de que el primer año tras la ruptura de la relación es el de mayor riesgo tiene una mujer de ser asesinada por su expareja (124). Aunque es preciso tener en cuenta el pequeño tamaño de la muestra como principal factor limitante del presente estudio, sería recomendable observar en futuras series temporales si existe un cambio de tendencia respecto a los hallazgos previos y el riesgo de una mujer de morir a manos de una expareja se mantiene elevado, incluso después de un año.

En el grupo Control se observa que los parricidios son los homicidios intrafamiliares más habituales, siendo los filicidios muy escasos. Hay homicidios intrafamiliares que revisten interés cuando se analizan desde el prisma de la Violencia de Género, como se verá en el análisis secundario realizado en el apartado 5.3.

Respecto al Situación laboral, el porcentaje mayor (aunque no significativo) de empleados en el grupo VG es explicable por la mayor media de edad del grupo, dada la elevada tasa de desempleo en España de los menores de 30 años (125). En cuanto a los pensionistas, no es un

resultado sorprendente que la probabilidad de ser pensionista aumente con la edad. Además de la pensión por jubilación, con la edad aumenta el riesgo de accidentes laborales o patologías invalidantes que harían a una persona susceptible de percibir pensión. La existencia de un menor número de agresores pensionistas que desempleados es consistente con la bibliografía, que indica que la seguridad económica derivada de una pensión es un factor protector frente al riesgo de violencia (112).

La escasa representación de homicidas con estudios superiores es consistente con la disminución del riesgo de criminalidad que presentan los sujetos a mayor nivel educativo, observándose dicho efecto a partir de que un sujeto complete los estudios secundarios (126). Mucho más llamativo es el elevado porcentaje de sujetos pertenecientes al grupo VG que no tenían estudios y, además, eran analfabetos. Añadiendo las variables de confusión de Inteligencia Límite y Discapacidad Intelectual se observa que la asociación de ambos con el riesgo de analfabetismo es significativa, mientras que la relación del analfabetismo con la Violencia de Género desaparece. En el grupo Control, de hecho, hay más sujetos que poseen una inteligencia por debajo de la considerada normal que en el grupo VG.

Podríamos simplemente achacar este resultado a una anomalía provocada por el pequeño tamaño de la muestra (factor que se debe tener en cuenta), pero existen otros factores que ayudan a explicar este hallazgo. La mayor media de edad del grupo VG hace más probable que los sujetos de mayor edad no hayan tenido posibilidades de ser escolarizados. Si se tiene en cuenta que, en muchas entrevistas, es el

propio sujeto el que informa sobre su nivel educativo, es posible que algunos sujetos que se describan como analfabetos no sean analfabetos estrictos (totalmente incapaces de leer y escribir) si no analfabetos funcionales, es decir; que no poseen las capacidades de lectura y cálculo que les permitirían funcionar autónomamente en la vida diaria, aunque puedan leer y escribir o hacer operaciones matemáticas sencillas.

Que los sujetos con Inteligencia Límite tengan mayor riesgo de ser analfabetos que los sujetos con Discapacidad Intelectual es asimismo llamativo. Como todas las estadísticas que parecen extrañas, puede ser achacado al pequeño tamaño de la muestra, pero es posible que se diagnostique desproporcionadamente de Inteligencia Límite a los adultos analfabetos, dado que la alfabetización y la medición de la inteligencia están íntimamente relacionadas (127).

En el grupo VG observamos un mayor número de sujetos con nivel socioeconómico medio, dato esperable dada la mayor media de edad y tasa de empleo que ésta conlleva. A pesar de ello, las diferencias no son significativas y la mayoría de los agresores en ambos grupos poseen un nivel socioeconómico bajo. Esto se corresponde con los estudios que indican que las dificultades socioeconómicas son un factor estresor que contribuye a aumentar el riesgo de violencia. El nivel socioeconómico alto produciría el efecto contrario, disminuyendo en gran parte los estresores vitales que aumentan el riesgo de violencia. (112)

A pesar de que existe evidencia de que haber sido víctima de violencia en la infancia o haber estado expuesto a ella aumenta el riesgo de perpetrar conductas violentas en la edad adulta (57,124), en ambos

grupos hay un porcentaje igualmente escaso de agresores que presentaban estos antecedentes. Al tratarse de una entrevista autoinformada no es posible descartar que los sujetos informantes hayan normalizado las conductas de violencia y maltrato a las que estuvieron expuestos durante su infancia, especialmente cuando no se trata de violencia física, y no consideren como violencia el haber presenciado o sido sometidos a control económico, insultos o manipulación psicológica. Protocolizar en las evaluaciones una clarificación sobre lo que se consideran conductas violentas contribuiría a evitar la posibilidad de que el informador presente dicho sesgo de exposición.

Observando el conjunto de Antecedentes Penales, hallamos más sujetos sin antecedentes en el grupo VG que en el grupo Control. Cuando se analizan únicamente los antecedentes por delitos de Violencia de Género, están presentes de forma significativamente mayor en el grupo VG. El número de ingresos en prisión es menor en el grupo VG que en el grupo control, hecho explicable por el bajo porcentaje de penas de prisión entre el total de las penas y medidas alternativas impuestas en casos de violencia de Género (122).

Estas cifras de antecedentes en el grupo VG son un indicativo de que existe una tendencia a persistir en las conductas de Violencia de Género y aumentar progresivamente el nivel de violencia ejercida, a pesar de las consecuencias legales. Que las condenas e imposición de penas y medidas no impidan la reincidencia pone en cuestión su efectividad.

Con el objetivo de reducir la tasa de reincidencia, se han desarrollado varios programas de intervención en penados por Violencia de Género. Actualmente, desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se desarrolla el Programa de Intervención para Agresores de Violencia de Género en Medidas Alternativas (PRIA-MA), de orientación principalmente psicoterapéutica, que ha obtenido buenos resultados en la reducción de la tasa de reincidencia (128). Existen otros programas de intervención, como el veterano Programa Contexto, (establecido en 2006) cuyos resultados demuestran que las intervenciones específicas, a cargo de profesionales debidamente formados, son efectivas para modificar las creencias y sesgos cognitivos que actúan como perpetuadores de las conductas de Violencia de Género (129).

Existen varios retos para la implantación de este tipo de programas. Factores como un trastorno mental activo, adicciones etc. dificultan la adhesión y condicionan la profundidad de la intervención terapéutica, hasta el punto de que pueden considerarse criterios de exclusión. Al iniciar la participación del programa por orden judicial, muchos de los sujetos presentan pocos o ningún deseo de implicarse en el programa, aunque un plan individualizado y la inclusión de una entrevista motivacional pueden ser herramientas efectivas para actuar sobre esta dificultad (130). Otro factor a tener en cuenta es que menos de un tercio de los condenados por un delito de Violencia de Género se someten a estos programas. Observando los datos de 2019, se dictaron 36534 condenas por Violencia de Género (131) e iniciaron el seguimiento en

el programa PRIA-MA 9126 penados, lo que corresponde a un 24.98% de los condenados ese año (132).

Aunque otro tipo de penas por Violencia de Género puedan modificar la conducta del penado de cometer nuevos actos de Violencia de Género, por aversión a las consecuencias legales, las nociones preconcebidas de la mujer como inferior y los valores del sujeto permanecerán inalterados. Esto aumentará el riesgo de que cometan nuevos actos de violencia contra las mujeres de igual o mayor gravedad que los cometidos hasta la fecha. Teniendo en cuenta la tasa de reincidencia y la cantidad de antecedentes penales por VG, la potenciación de medidas que hayan demostrado reducir la reincidencia parece una de las mejores estrategias para reducir el número de mujeres asesinadas a manos de sus parejas y exparejas. Adicionalmente, revisar al alza el impacto de los antecedentes de Violencia de Género en las escalas de valoración de riesgo de violencia grave podría tener un importante efecto sobre la prevención de homicidios y lesiones graves.

No encontramos diferencias significativas en los Antecedentes penales de otro tipo, tanto violentos como no violentos, entre ambos grupos, lo que indica que la Violencia de Género no está ligada necesariamente otros tipos de violencia. Al tener su germen en la cognición del maltratador, puede presentarse de forma aislada, no presentando el individuo actitudes violentas o agresivas fuera del ámbito del maltrato.

5.1.3 Datos relacionados con la salud mental.

La prevalencia de cualquier trastorno mental entre los sujetos de estudio es similar a lo que puede hallarse en otros estudios realizados sobre población homicida (133,134) Encontramos una menor cantidad de sujetos con patología psiquiátrica en el grupo VG. Aunque la diferencia no es significativa, el dato puede ser indicativo de que existe una tendencia a solicitar más valoraciones forenses en los homicidios por Violencia de Género frente a los homicidios en otras circunstancias.

Si realizamos una división entre grupos de diagnósticos, la diferencia más marcada, no significativa una vez más, se observa en la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, más abundantes en el grupo control que en el grupo VG. Los trastornos del espectro de la Esquizofrenia tienen la capacidad de alterar dramáticamente las posibilidades del individuo afecto de alcanzar la estabilidad socioeconómica y nivel de organización que requiere la vida en pareja, por lo que no es de extrañar que estén escasamente representados en el grupo VG. Dada además la asociación familiar que presentan estos trastornos no es raro que observemos más antecedentes de enfermedad mental y consumo de drogas en las familias de sujetos del grupo Control, así como un mayor número de hospitalizaciones y de sujetos que cumplen criterios de Trastorno Mental Grave.

El grupo VG presenta un porcentaje de individuos con Trastorno de Ansiedad de casi un 30%, frente al 16% de individuos del grupo control. El Trastorno de Ansiedad es el más común entre los agresores del grupo VG y en el que más diferencia de frecuencia existe respecto al grupo

Control, aunque no revista significación a nivel estadístico. La alta prevalencia de Ansiedad es indicativa de que relativamente pocos maltratadores tienen un perfil psicopático, siendo más frecuente en nuestra muestra el perfil de maltratador con un apego inseguro, que usa la violencia hacia su pareja como instrumento desadaptativo para intentar afirmar su posición relacional (135).

En ambos grupos la mayoría de las patologías psiquiátricas fueron derivadas por el médico de familia a psiquiatría o psicología, en lugar de ser seguidas principalmente por Atención Primaria. Las cifras levemente más elevadas de seguimiento en el grupo VG por Atención Primaria se relacionan con la mayor proporción de individuos con diagnósticos de ansiedad y depresión, que son dos de los diagnósticos psiquiátricos que más frecuentemente se hallan en seguimiento por Atención Primaria (136). A esto se une a la mayor proporción de trastornos psicóticos en el grupo Control, los cuales son derivados a Salud Mental casi en su totalidad. La falta de adherencia en seguimiento y tratamiento se corresponden con los retos que se presenta cualquier abordaje terapéutico en Salud Mental (137). Hay una importante diferencia entre el tratamiento farmacológico y el psicoterapéutico; mientras que una mayoría de individuos con medicación prescrita que no cumplimentaban correctamente o abandonaban su tratamiento farmacológico, casi dos tercios de los individuos que estaban siendo tratados por un psicólogo cumplimentaban su psicoterapia correctamente. Esta diferencia puede ser debida a que el “rapport” que se establece en la psicoterapia favorece la adherencia terapéutica (138).

No se observan diferencias significativas ni un porcentaje importante de sujetos, en ninguno de los grupos, que hubieran acudido al médico como forma de buscar ayuda directa o indirectamente en los días inmediatamente previos a los hechos. Este hallazgo contrapone a los homicidios con los suicidios, en los que sí parece existir un aumento previo del contacto con el médico antes de los hechos (139). No parece que exista una tendencia a buscar el mismo tipo de ayuda cuando se planea dirigir la violencia hacia terceros en lugar de hacia uno mismo. Al revisar las historias clínicas no se encuentran sospechas del facultativo o menciones veladas del agresor sobre sus intenciones, excepto en un caso: un miembro del grupo VG pidió a su médico, 48 horas antes de asesinar a su expareja, que hiciera unas recetas complementarias para tener algo más de medicación, dado que planeaba “estar un tiempo fuera”.

La proporción de individuos con un CI bajo la normalidad es bastante pequeña en ambos casos. En el grupo VG no se encuentra a ningún individuo con Discapacidad Intelectual. A pesar de que la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa, las personas con algún tipo de discapacidad intelectual presentan más dificultades a lo largo de la vida para iniciar y mantener relaciones románticas estables (140) por lo que es de esperar que dicha población esté poco representada en los casos de Violencia de Género.

En el análisis estadístico se observa que una mayor edad disminuye las posibilidades de que un sujeto sea diagnosticado de Funcionamiento Intelectual Límite. Probablemente este hecho esté relacionado con la

tasa de escolarización. Los individuos de mayor edad tienen menos probabilidades de haber sido escolarizados (lo que también correlaciona con la mayor tasa de analfabetismo en el grupo VG, como se mencionó anteriormente). Dado que la Inteligencia Límite o la Discapacidad Intelectual leve pueden pasar desapercibidas en adultos socialmente funcionales (141), es probable que los sujetos de más edad con Funcionamiento Intelectual Límite no hayan sido estudiados y diagnosticados. En contraposición, los sujetos más jóvenes tienen más probabilidades de haber sido evaluados cuando, durante su escolarización obligatoria, se hubiesen detectado deficiencias en su evolución académica.

Aunque los pacientes afectados de epilepsia o TDAH pueden presentar alteraciones de conducta que, ocasionalmente, desembocan en agresividad y violencia (142) su representación en el estudio es muy pequeña y las diferencias entre grupos escasas. Que la edad disminuya las probabilidades de estar diagnosticado de TDAH se correlaciona tanto con la aparición relativamente reciente del trastorno (fue incluido por primera vez en el DSM en 1980) como con el aumento del número de individuos diagnosticados en los años recientes (143).

Respecto a los trastornos y alteraciones de conducta en la infancia, encontramos una diferencia de frecuencia entre grupos importante, aunque no significativa a nivel estadístico. Esta diferencia probablemente se deba a que el grupo Control posee entre sus miembros a más individuos con una historia de delincuencia habitual. Los delincuentes “de carrera” presentan un aumento de probabilidades de

haber presentado este tipo de alteraciones en su infancia y adolescencia (118). De nuevo, observamos que la Violencia de Género evoluciona de forma independiente a otras conductas antisociales.

Que el grupo de Trastornos de Personalidad hallado más frecuentemente (tanto en diagnóstico como en sospecha) sea el Clúster B, seguido del Clúster A, se corresponde con la bibliografía existente. Aunque el Clúster C se ha asociado a los perfiles de maltratador Dependiente y Anancástico, el conjunto de pacientes diagnosticados de trastornos de este grupo es el menos violento de todos los TP, presentando además un menor riesgo de que estos pacientes cometan un homicidio en comparación con los TP pertenecientes a los Clúster A y B (65,82,83).

La variable Trastornos de la Personalidad Sospechados debe ser interpretada muy cautelosamente, dada la inherente imprecisión de la misma. La sospecha de que existan un TP no diagnosticado del Clúster B es la más frecuente tanto en el grupo VG como en el grupo Control. Es un resultado esperable dado que los sujetos con estos trastornos incurren frecuentemente en conductas violentas. De igual modo, puede deberse a un sesgo en el examinador, el cual sospechará un TP Límite o Antisocial ante una historia personal que incluya frecuentes conductas violentas, consumo de sustancias, etc. Adicionalmente, se debe considerar que sujetos que no cumplen los criterios diagnósticos de un Trastorno de la Personalidad pueden tener síntomas y dificultades de funcionamiento diario de similar gravedad a las personas que sí presentan un diagnóstico establecido de TP (144).

Que un porcentaje mayor de los agresores del grupo VG presenten intentos de suicidio previos podría estar relacionado con la mayor prevalencia del T. de Ansiedad en dicho grupo, así como con la posibilidad de que existan más trastornos de personalidad no diagnosticados que en el grupo Control. Adicionalmente, se ha observado que los maltratadores presentan un aumento de la frecuencia de ideación y conductas suicidas o autoagresivas. En los maltratadores, estas conductas suelen venir motivadas por el deseo de ejercer violencia psicológica sobre su pareja o expareja o como vía de escape al malestar emocional (145,146).

5.1.4 Datos relacionados con el consumo de sustancias

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el consumo de sustancias en general, siendo las diferencias porcentuales en ambos grupos muy pequeñas.

El alcohol es una de las pocas sustancias cuyo uso es más frecuente en el grupo VG que en el grupo Control, probablemente debido a la mayor edad media, que hace más probable que el alcohol sea la sustancia psicotrópica de elección, dado su mayor nivel de aceptación cultural en las personas de mayor edad en comparación con otras sustancias como la marihuana o cocaína. A pesar de que las frecuencias de intoxicación en el momento de la agresión, abuso y dependencia de alcohol en el grupo VG son mayores que las del grupo Control, la frecuencia de individuos en Remisión es menor. Este fenómeno

probablemente esté relacionado con el efecto deletéreo que tiene el consumo de alcohol en la relación de pareja, así como los aumentos del consumo de alcohol observados en hombres tras una ruptura (147). No es raro que ante los problemas de pareja se utilice el alcohol como una vía de escape, lo que provoca un deterioro aún mayor de la relación, retroalimentándose de esa forma el consumo de alcohol con el deterioro relacional y el riesgo de violencia en la pareja.

El uso de cannabis es más frecuente en el grupo Control, relacionado principalmente con la menor edad media del grupo. De hecho, observamos que el riesgo de ser consumidor de cannabis disminuye a mayor edad, lo que refleja las actitudes cambiantes a nivel social y la normalización del THC en la juventud. Vemos unas cifras bajas de intoxicación durante los hechos, probablemente relacionado con el efecto sedante en general de los cannabinoides, no siendo la agresividad un efecto habitual tras su consumo (como si lo es en, por ejemplo, el alcohol y la cocaína). Los porcentajes bajos de abuso, dependencia y remisión en relación con el consumo son el conjunto de la aceptación social de su consumo y de la escasa percepción de gravedad que tiene el uso de esta sustancia entre sus consumidores habituales. (148)

El uso de fenciclidina es testimonial en el estudio, probablemente por la escasez relativa de su consumo en el territorio nacional, aunque en los últimos años muestra signos de incrementarse (149). Encontramos un consumo igualmente escaso de inhalantes, también en aumento en los últimos años. Alucinógenos y anfetaminas tienen un perfil de uso similar en los sujetos de estudio, presentando sus usuarios antecedentes

de consumo no acompañados de abuso, dependencia o remisión. Este patrón corresponde a un consumo de juventud (probablemente, dada la edad y localización geográfica de la muestra, ligado a la cultura de la “Ruta Destroy” o “Ruta del Bakalao”) y un posterior abandono a mayor edad, generalmente sin necesidad de intervención especializada o sintomatología abstinencial (150).

Todos los usuarios de opiáceos están circunscritos al grupo Control. Durante los años en los que se recoge la muestra, el consumo de opiáceos en España se encontraba en una fase de meseta tras la disminución que experimentó en los 90, (en el momento actual su consumo ha repuntado, tanto si hablamos de medicamentos o sustancias ilegales), siendo el perfil de consumidor que se haya en el estudio el de un dependiente de larga evolución o, menos frecuentemente, de un usuario de cocaína base que la mezcla con heroína (“speedball”, término que originalmente hacía referencia a la mezcla de cocaína y heroína intravenosa, cuyo consumo hoy en día se ha popularizado en su vía inhalada) (150).

Resulta llamativo que casi un 30% de individuos del grupo VG estén diagnosticados de un trastorno de ansiedad, pero tan sólo informe de consumo regular de hipnosedantes poco más de un 15% de ellos. Además, las cifras de abuso y dependencia, aunque no significativamente, son inferiores a las que se observan en el grupo Control. Estos contrastan con la ubicuidad de la prescripción de benzodiacepinas y el riesgo dependencia asociado a su consumo prolongado. Es probable que en este caso exista un sesgo de

información, dado que el usuario de benzodiacepinas prescritas médicamente puede no percibir la problemática de uso al considerarlo “legitimado” por la prescripción (151).

Existe un mayor uso de cocaína (no estadísticamente significativo) en el grupo Control. A pesar de ello vemos que más individuos del grupo VG cumplen criterios de remisión a esta sustancia. Probablemente el matrimonio (o una relación análoga) sea un factor protector frente al consumo, similar a lo observado respecto al uso de otras sustancias(152), haciendo que el deseo de mantener la vida familiar sea un motivante para el abandono del consumo.

El consumo problemático de cafeína es anecdótico en la muestra, pero es indicador del incremento de los trastornos por consumo de esta sustancia, especialmente cuando se toma en forma de bebidas energéticas (153).

La escasa presencia de adicciones comportamentales debe contextualizarse en las fechas en las que se recogieron los datos. Los juegos de azar y apuestas deportivas, que son las adicciones comportamentales más comunes y disruptivas, experimentan un gran incremento desde la entrada en vigor de la Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego, especialmente en su modalidad online, explotando en popularidad a finales de 2015 y principios de 2016 (154), siendo el último año de recogida de la muestra el inicio de su crecimiento.

En el uso de recursos sociosanitarios especializados en adicciones no encontramos diferencias significativas, probablemente estando asociada su mayor tasa de uso en el grupo Control al mayor uso de sustancias en general del grupo.

En el análisis estadístico se observa que, a mayor edad, el riesgo de ser policonsumidor de sustancias disminuye, de ahí que el grupo Control, más joven de media que el grupo VG, presente un número más elevado de policonsumidores. El policonsumo de sustancias también se asocia con dificultades socioeconómicas, sinhogarismo y una calidad de vida disminuida, lo cual también afecta al establecimiento de relaciones afectivas (necesarias en primer lugar para que exista la Violencia de Género) (155).

Todos los sujetos que cumplen criterios de Patología Dual pertenecen al grupo Control. Sin embargo, no se halló una diferencia estadísticamente significativa, probablemente debido al escaso número de sujetos totales. Es probable que se hallen menos casos de VG en los que el homicida cumpla criterios de Patología Dual por el hecho de que esta patología genera una importante disrupción funcional desde la juventud, aumentando el riesgo de exclusión e inadaptación social de los pacientes que la padecen (156).

5.1.5 Datos relacionados con la conducta post-Homicidio

El cometer un homicidio por Violencia de Género aumenta el riesgo de que el autor intente quitarse la vida tras los hechos. Esta asociación se

mantiene tras la inclusión de posibles variables de confusión. No se halla asociación entre enfermedades mentales, intentos de suicidio previos o reconocimiento posterior tras los hechos. Esta conducta pone de manifiesto las circunstancias únicas de la Violencia de Género en comparación con otros tipos de Violencia. Aunque existen hipótesis sobre el perfil psicológico del maltratador que se suicida tras matar a su pareja (157), en los sujetos de la muestra que se suicidaron no se observan factores personales o de salud mental que permitan establecer un perfil, siendo el único nexo común el propio homicidio por Violencia de Género. Un elevado porcentaje de depresión, presente antes de los hechos, en los homicidas que se intentan suicidar tras los hechos podría hacer pensar en lo que se conoce en castellano como “suicidio ampliado”; la extensión de la conducta suicida a los sujetos que dependen del suicida. Este fenómeno es habitual en pacientes deprimidos, dirigiéndose con frecuencia la violencia hacia niños e incluso mascotas (158, 159). Aunque el término “suicidio ampliado” se usa en varios idiomas para referirse a cualquier tipo de homicidio seguido de suicidio, es importante en el contexto de la Violencia de Género distinguir entre el “suicidio ampliado” y el “suicidio post-agresión”. El suicidio ampliado suele estar motivado por la patología mental (generalmente depresión y/o psicosis) del autor, el homicidio se da como consecuencia del suicidio y la motivación suele ser, desde la perspectiva del autor, “altruista”, dado que está convencido de que el suicidio es una forma de ahorrar sufrimiento a los seres queridos que dejaría atrás. El suicidio post-agresión, por el contrario, no suele estar motivado por una patología mental, el suicidio se da como consecuencia

del homicidio y la motivación del autor es “egoísta”, como la venganza por una infidelidad (real o imaginada) (160). Estudiando los expedientes de los agresores del grupo VG que intentaron quitarse la vida tras los hechos, y con las limitaciones de no poder realizar una autopsia psicológica completa, se observa un único caso en el que lo más probable es que se tratase de un de suicidio ampliado. El agresor presentaba un Trastorno Bipolar en fase depresiva, resistente al tratamiento, y no presentaba antecedentes de maltrato (aunque si de conductas violentas hacia terceros). La depresión y no existencia de violencia física previa son característicos de los suicidios ampliados. También encontramos un caso en el que no es posible discernir la naturaleza del homicidio-suicidio, dado que el agresor no tenía antecedentes mentales conocidos, ni antecedentes de conductas violentas o consumo de drogas, realizó un intento de suicidio de elevada letalidad y no admitió los hechos ni se pudieron inferir los motivos que le llevaron a asesinar a su esposa. El resto de los casos impresionan de suicidios post-agresión, dada la ausencia de síntomas depresivos y el historial de celos y maltrato hacia sus parejas. Aunque es probable, dado lo que sabemos sobre la Violencia de Género, que la mayoría de los suicidios-homicidios en su contexto sean suicidios post-agresión, no debemos caer en generalizaciones, siendo siempre necesario el examen detallado de los hechos y el historial de salud mental del agresor previos al establecimiento de conclusiones.

En la muestra analizada, todos los intentos de suicidio se realizaron previamente a la detención del sujeto. Este hecho hace pensar que la

motivación del maltratador para quitarse la vida no suele estar mediatizada por circunstancias externas (como el saberse descubierto). El intento de suicidio va ligado a la muerte de la pareja.

A nivel de cultura popular, el homicidio de la pareja o expareja seguido de suicidio se considera como un acto de doble irracionalidad: ¿Por qué matarla y luego suicidarse? ¿Por qué no, simplemente, suicidarse? ¿Por qué no incluso matar únicamente matar a la pareja, si tanto la odiaba? Para dar respuesta a estas preguntas, es necesario buscar el denominador común de este tipo de maltratadores. Tanto en los perfiles clásicos como en los más modernos, una característica compartida por muchos maltratadores es la baja habilidad de resolución de problemas, que hace que recurran a la violencia como mecanismo disfuncional de afrontamiento y herramienta de control relacional. Las dificultades de afrontamiento condicionan en los maltratadores una sensación de inferioridad e inseguridad lo que, unido a sus sesgos cognitivos, hace que la violencia hacia su pareja cumpla dos propósitos: afirma su autoridad y dominancia a la vez que la víctima ve mermada su confianza e independencia.

Desde esta perspectiva, se crea un modelo explicativo del proceso cognitivo que conduce al maltratador a matar a su pareja o expareja y, posteriormente, suicidarse. Las escasas habilidades de resolución de problemas y el considerar que la violencia es una solución aceptable llevan a que el maltratador perciba el homicidio, acto de violencia definitivo, como una forma de resolver definitivamente el conflicto relacional con su pareja o expareja. La creencia de que la mujer es

inherentemente inferior y los sesgos cognitivos del homicida hacen que alternativas como el divorcio no sean aceptables. Se produce lo que Enander et al. denominan como el “cambio de proyecto”, el momento en el que el agresor decide que no es posible mantener la relación en su forma actual, por lo que pasa de intentar dominar a su pareja a decidir acabar con la vida de ésta (120,121).

Sin embargo, esta “solución” genera en el homicida otro problema: afrontar las consecuencias derivadas del homicidio. El agresor, que posee una escasa capacidad de resolución de problemas, se ve enfrentado a unas consecuencias legales y sociales desbordantes. Tras la muerte de la pareja, incluso aunque no fuese detenido y condenado, su trayectoria vital cambiará irreversiblemente, lo cual no se ve capaz de afrontar. De nuevo aparece la violencia, en este caso autodirigida, como solución: el suicidio es una forma de evadir las consecuencias del homicidio. Dado que muchos maltratadores tienden a verse a sí mismos como víctimas, también puede ser interpretado desde su óptica como un acto de protesta hacia la sociedad, que les ha empujado al extremo de “obligarles” a quitarle la vida a otra persona.

Enfocado el suicidio post-agresión de esta forma, se deja de ver como un acto irracional para verse como un acto fruto de una percepción y valores sesgados y distorsionados. Previamente a matar a su pareja o expareja, el suicidio no sería una salida aceptable, dado que la fuente principal del malestar del agresor es el conflicto relacional. Este conflicto se resuelve, desde la óptica del maltratador, dirigiendo la violencia hacia la pareja o expareja. Dirigir la violencia hacia sí mismo

mientras exista un conflicto con la víctima no es considerado una solución. Probablemente, la idea de que el maltratador muera y la mujer maltratada siga viva será considerada por el agresor como una derrota y una humillación.

Cuando el homicida produce la muerte de la mujer, da el conflicto relacional como finalizado. Por un lado, el agresor puede considerarlo el final de su propio proyecto vital. Por otro, es posible que todo el malestar causado por la existencia de la mujer asesinada se convierta en malestar ante la perspectiva de afrontar las consecuencias de sus actos. En cualquier caso, sólo tras haber matado a su víctima y no poder infligir más violencia sobre ella, se vuelve aceptable para el homicida dirigir la violencia contra sí mismo.

Con respecto a la gravedad del intento de suicidio, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El medir la gravedad del intento de suicidio de forma retrospectiva presenta una importante limitación, al no poder conocer la letalidad percibida por el suicida del método escogido. Existe la creencia popular de que métodos de suicidio de baja letalidad son muy letales, como la ingesta de benzodiazepinas o la venoclisis superficial, mientras que métodos de mayor letalidad, como la ingesta de Paracetamol, son vistos como poco letales por la población general. A esto hay que sumar que los suicidios consumados no pueden ser incluidos en el estudio, dado su diseño, lo que hace que los intentos de suicidio de baja gravedad se vean sobrerrepresentados.

Que un porcentaje mayor del grupo VG reconozca la autoría es congruente con la tendencia de estos agresores a no ocultar el crimen y considerar que ellos son las víctimas. Los porcentajes de individuos que refieren no recordar los hechos no presentan una gran diferencia en ambos grupos, y se corresponden con los índices de pérdida de memoria declarada hallados en otros estudios (161),

La ira es la emoción que más frecuentemente se halla ligada a la conducta violenta, produciendo una serie de mecanismos psicobiológicos que facilitan el pasar al acto, especialmente si los mecanismos inhibitorios de la conducta se hallan anestesiados por sustancias como el alcohol, por lo que no es sorprendente que las discusiones previas al homicidio sean el motivador más frecuente. Tampoco resulta una sorpresa que los motivos económicos sean una gran minoría en los casos de Violencia de Género, (a pesar de la desproporcionada atención que los casos en los que, por ejemplo, se mata a la pareja pareja con intención de cobrar un seguro de vida, reciban en los medios de comunicación), ni que los homicidios cometidos en el contexto de una ideación delirante no presenten unas diferencias significativas entre un grupo y otro, dado que el propio delirio es el principal condicionante de violencia en ese caso.

En cambio, sí es destacable que los homicidios motivados por problemática interpersonal pero fuera del contexto de una discusión sean un motivo de homicidio significativamente más frecuente en el contexto de la Violencia de Género. Aunque la ira pueda actuar como desencadenante del acto homicida, previamente ha existido un proceso

que lleve al agresor a considerar la muerte de su pareja como opción (el Cambio de Proyecto antes citado). Esta evolución del maltratador puede ser muy rápida o muy lenta, y no implica que todos los homicidios de género se premediten con meticulosidad o que no pueda existir arrepentimiento. El significado de este hallazgo es que el posible evento desencadenante, en casos de Violencia de Género, no es tan importante como la evolución de la relación de maltrato, que desemboca en el Cambio de Proyecto en la mente del agresor.

En este sentido, existe un paralelismo entre la conducta homicida en Violencia de Género y la conducta suicida. La conducta suicida puede estar influida por multitud de factores tanto personales como ambientales. No progresa de forma constante, sino en forma de altibajos. Un intento de suicidio o suicidio consumado puede estar desencadenado por un evento que, examinado de forma aislada, se consideraría un estresor leve o muy leve (162). Los homicidios por Violencia de Género en los que no se identifica un claro desencadenante de la conducta homicida seguirían un modelo similar. Las características personales del maltratador y la progresiva normalización y escalada de las conductas de maltrato, hacen que el homicida perciba la problemática entre él mismo y su víctima como irresoluble, excepto recurriendo a la muerte de ésta. El evento que actúa como desencadenante de la conducta homicida no tiene por qué ser un evento de importante impacto vital (aunque muchas veces lo es, como una separación o la pérdida de custodia de los hijos), si no que puede tratarse de un estresor tan trivial que el homicida ni siquiera sea capaz de

identificarlo, declarando que las cosas iban mal entre ellos, pero no siendo capaz de señalar un momento concreto en el que decidiese que debía quitarle la vida a la mujer.

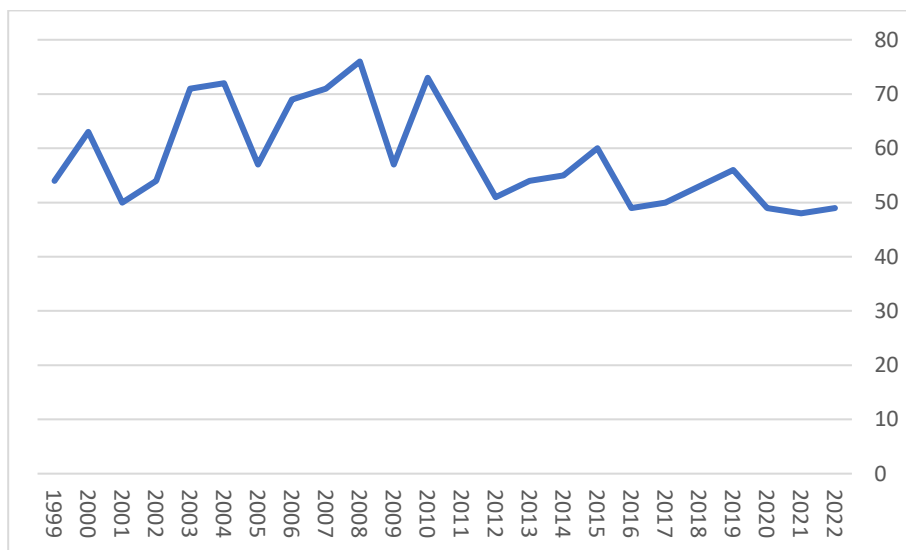
Este enfoque explicativo del homicidio por Violencia de Género plantea dos cuestiones de especial importancia. La primera de ellas es la valoración del riesgo. Aunque existen menciones en la tanto la EPV-R como en la VFH_{5.0}-H limitan la exploración del deterioro relacional a los meses previos a la evaluación. Dada la posibilidad de que la violencia haya aumentado de forma poco perceptible para víctima y agresor, especialmente si no pasa al plano físico, evaluar el deterioro relacional desde los inicios de la pareja sería un método más adecuado para valorar el riesgo de violencia grave, especialmente en los casos en los que no existe historia de violencia física previa o la violencia física sea de reciente aparición. Es cierto que realizar esta medición es una cuestión compleja y que requiere de profesionales con formación específica y amplia experiencia, lo que podría hacer esta valoración poco práctica, especialmente en una situación en la que actuar rápidamente sea imperativo. Sería más práctico buscar un ítem equivalente a “deterioro de la relación” que se pudiese valorar de forma rápida y objetiva. Tomando como base los modelos que conciben el homicidio en contexto de Violencia de Género como la culminación de un proceso relacional disfuncional (119,120,121) se observa que la prolongación en el tiempo de la relación aumenta el riesgo de que la violencia escale y progrese a violencia homicida. Por tanto, considerar el tiempo desde el inicio de la relación como un ítem en las escalas de

valoración de riesgo podría ser una forma efectiva, sencilla y cuantificable de incluir en ellas el progresivo deterioro relacional. Obviamente no será factor patognomónico, dado que existen relaciones que pueden escalar en violencia en cuestión de semanas mientras que, en otras, pueden pasar décadas sin que se produzca dicha escalada, pero se abre una posibilidad de revisión de la valoración del riesgo que puede causar un gran impacto positivo.

La segunda cuestión de importancia es la necesidad de revisar el enfoque mediático que recibe la Violencia de Género. A pesar de no hallarse evidencia del efecto llamada en los homicidios, existen más formas en las que el trato de la Violencia de Género en los medios puede influir sobre los agresores. Se observa entre los jóvenes un retroceso en la concienciación sobre la violencia de género y un aumento de la percepción de que se trata de un problema de baja gravedad o, más preocupantemente, de un “invento ideológico” (163).

Aunque desde 2011 no se ha superado la cifra de las 60 muertes por Violencia de Género en España, entre 2012 y 2019 las cifras de muertes oscilan entre 60 y 49 mujeres, no observándose una clara tendencia descendente (en 2019 se produce un repunte). En 2020 y 2021 los homicidios por Violencia de Género han descendido a mínimos históricos, probablemente influidos por la pandemia, (fenómeno que se observó en todos los delitos).

Figura 6. Víctimas mortales por Violencia de Género desde 1999 hasta 2022 (Fuente: INE).



Finalizado 2022, no se observa un repunte de los homicidios por Violencia de Género a cifras prepandemia, como sí existe en el resto de los homicidios. Tampoco se puede hablar de una tendencia descendente ya que el número de mujeres víctimas mortales de Violencia de Género es similar al de 2020 (49 muertes). Aunque se podría pensar que estamos ante una fase de meseta en lo que respecta a las muertes por Violencia de Género, es más probable que la vuelta a cifras prepandemia se difiera más que en otro tipo de delitos. Existe evidencia de que la Violencia de Género no letal aumentó en el confinamiento, dado el aumento de control que el maltratador podía ejercer sobre la víctima. Tras la finalización de la pandemia, existe una posibilidad de

que la sensación de pérdida de control sobre sus víctimas que están experimentando los agresores desemboque en violencia letal (164).

Por otro lado, es posible que exista un nuevo repunte de la Violencia de Género en las generaciones más jóvenes, debido al aumento del pensamiento machista y mantenimiento de los sesgos cognitivos que la favorecen. La percepción en adolescentes y adultos jóvenes de que la Violencia de Género es un problema leve o inexistente es un indicador de que la información que reciben sobre la VG no comunica adecuadamente su dimensión social. Dado que en la España actual no se puede considerar que la Violencia de Género sea un fenómeno silenciado, es probable que la información que se transmite desde los medios de comunicación (tanto los tradicionales como los más nuevos) esté generando el contrario al deseado, contribuyendo en la aparición de actitudes y creencias que favorecen la Violencia de Género en las personalidades en desarrollo. La conclusión “no existe el efecto llamada” no es equivalente a “toda información sobre la Violencia de Género genera un impacto positivo en las personas que la reciben”.

5.1.6 Datos relacionados con el Informe Médico-Forense y Sentencia

En el grupo VG encontramos más informes cuya conclusión es que no existen factores que modifiquen la imputabilidad, siendo este hallazgo congruente con el menor porcentaje de individuos de este grupo que presentan un Trastorno Mental de cualquier tipo. A esto se suma que la

gravedad global de los trastornos mentales del grupo VG es menor que la del grupo Control, por lo que disminuye la probabilidad de que la patología de base pueda alterar las bases psicobiológicas de la imputabilidad. Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, puede ser indicativa de una tendencia a solicitar por parte de los juzgados más evaluaciones médico-forenses en casos de Violencia de Género, posiblemente por la especial sensibilidad social y estándares de evaluación de estos.

En los informes médico-forenses la modificación sobre la responsabilidad más frecuentemente hallada es la análoga a una Atenuante. Esto es debido a que existe una gran cantidad de patologías y circunstancias que pueden alterar en un grado parcial las capacidades volitivas e intelectivas de una persona (por ejemplo, una intoxicación o un estado disociativo), sin llegar a su anulación. La Eximente Completa es la segunda modificación más común, dado que se suele corresponder con estados mentales (como la clínica psicótica activa), que pueden dejar pocas dudas a un perito cualificado. La conclusión análoga a una Eximente Incompleta se da en circunstancias relativamente poco frecuentes (como lo serían algunos estados disociativos) lo que, unido a la dificultad y cierto componente subjetivo para distinguirla de una Eximente Completa o una Atenuante, hacen que sea la modificación de las bases psicobiológicas de la imputabilidad menos frecuente.

Similar situación se da en las modificaciones de la imputabilidad observadas en las sentencias, aunque las modificaciones de imputabilidad en su conjunto son menos frecuentes que lo que

encontramos en los informes médico-forenses. Esto es debido a que la mayoría de las discrepancias entre sentencias e informes médico-forenses tienden a no aplicar ninguna modificación de imputabilidad o aplicarla en un grado menor a lo concluido en el informe. El caso más frecuente de discrepancia es que el Informe Médico-Forense concluya que existe una modificación de la imputabilidad análoga a una Atenuante, pero la sentencia no aplique ninguna modificación. La segunda discrepancia más frecuente es la conclusión en informe de Eximente Incompleta y la aplicación en la sentencia de una Atenuante. Existen dos sujetos en los que el informe concluyó una alteración total de las bases de la imputabilidad (Eximente Completa) y las sentencias aplicaron Eximente Incompleta y Atenuante, respectivamente. En la búsqueda de bibliografía no se han hallado estudios sobre la frecuencia con la que las sentencias penales discrepan de las conclusiones del informe médico-forense de oficio, por lo que no se puede afirmar que el porcentaje de discrepancia entre sentencia e informe, que es similar en ambos grupos, sea mayor o menor que la media nacional, o distinto al que se puede observar en otros delitos.

Que la mayoría de las discrepancias entre sentencia e informe resulten de una menor alteración de la imputabilidad podría hacer pensar que existe una tendencia a aplicar dichas modificaciones de forma más restrictiva por los jueces. No obstante, hay que recordar que la modificación de la imputabilidad no depende única y exclusivamente de lo concluido por el peritaje forense, si no que puede estar influida por otras pruebas, testimonios, peritajes de parte, etc.

Respecto a los peritajes de parte, tan sólo se hallaron en 3 expedientes correspondientes al grupo Control. Estos peritajes discrepaban de la conclusión del perito de oficio (no modificación de la imputabilidad) y concluían que los sujetos presentaban una anulación total o casi total de sus bases psicobiológicas de la imputabilidad. En los 3 casos, la sentencia concluyó que no existió modificación de la imputabilidad en el momento de los hechos.

Los únicos dos casos en los que la sentencia aplicó una modificación de la imputabilidad, pero en el informe médico-forense no concluyó ninguna alteración de las bases psicobiológicas de la imputabilidad, son dos casos en los que se aplica una atenuante análoga. Las circunstancias análogas a una atenuante son numerosas y no todas ellas tienen porque ser exploradas en la evaluación médico-forense, como las atenuantes análogas de parentesco o confesión. (165)

5.2 ANÁLISIS PARALELOS

5.2.1 Asociación entre diagnóstico de Trastorno Mental y Mecanismo de agresión Utilizado.

Una de las asociaciones significativas más llamativas del análisis es la asociación entre esquizofrenia y el uso de golpes u objetos contundentes, lo cual entra en contradicción con la evidencia existente que asocia el diagnóstico de esquizofrenia con el uso de armas blancas como método homicida (166). Podemos explicar esta discrepancia por la variabilidad de la muestra que, en el caso del presente estudio, es más

pequeña que las de otros estudios por lo que estaría sujeta, teóricamente, a más variabilidad en los resultados. Adicionalmente, nuestra muestra es totalmente masculina, lo que también puede influir en los resultados. En un estudio realizado únicamente con población femenina (167) el uso de arma blanca fue globalmente más elevado de lo que podemos encontrar en estudios similares. Esto se explicaría porque la potencial diferencia de fuerza y corpulencia entre las mujeres y sus víctimas haga que estas tiendan a utilizar más armas blancas para compensar dicha diferencia, mientras que los hombres, especialmente si están acostumbrados a realizar conductas violentas, no sentirán dicha necesidad, pudiendo ejercer fuerza letal con su cuerpo o con armas improvisadas más fácilmente. Por último, hay que tener en cuenta que no todos los estudios agrupan en una misma categoría los golpes con el propio cuerpo y el uso de objetos contundentes. En unos estudios son categorías separadas, en otros, una categoría conjunta y, en un tercer modelo de agrupación, parte de una categoría miscelánea. Sería necesario abrir una nueva línea de estudio que confirme si existe alguna particularidad en la metodología de los homicidas afectos de esquizofrenia en España o, al contrario, la asociación entre el diagnóstico y el uso de armas blancas también está presente en el territorio nacional.

En el presente estudio tampoco se observa la asociación, presente en otros análisis (166), entre los trastornos del estado de ánimo (principalmente, trastornos depresivos), y el uso de asfixia o estrangulamiento. En este caso, aunque el tamaño de la muestra pueda

influir (en la muestra del estudio hay pocos casos tanto de trastornos del estado de ánimo como de muertes por estrangulamiento), es más relevante el hecho de que la muestra sea exclusivamente masculina, dado que el estrangulamiento, asfixia o ahogamiento es un método usado frecuentemente por mujeres deprimidas para matar a sus hijos (168).

La existencia de una asociación entre el uso de un arma de fuego y el diagnóstico de ansiedad es consistente con los elevados niveles de ansiedad respecto a la población general que hallamos entre los propietarios de armas de fuego (169). Aunque la mayoría de los estudios disponibles sobre el tema se han realizado en población estadounidense, que presenta una idiosincrasia cultural muy distinta a la española, los resultados podrían ser extrapolables. Al aumento de percepción de las amenazas externas que conlleva la posesión de un arma de fuego hay que sumar, en muchos casos, que los agresores no poseían el arma legalmente y estaban involucrados en actividades criminales, lo que probablemente también contribuyó a aumentar la ansiedad.

Existen muy pocos datos fiables sobre los trastornos de Personalidad y el mecanismo homicida. Sí se encuentra una débil asociación entre el diagnóstico de cualquier TP y el uso del propio cuerpo como método homicida, evidencia que no puede ser considerada fiable dada la diferencia de criterios diagnósticos entre países (y profesionales) para establecer el diagnóstico de TP, así como la importante variación sintomatológica entre un trastorno y otro (166). No obstante, la

hipótesis de que exista una relación entre el diagnóstico de un TP clúster B y el uso de varios mecanismos cuando se produce una agresión homicida es razonable si se plantea como fruto de la impulsividad. En todos los casos del estudio en los que el agresor utilizó un mecanismo mixto, salvo uno, comenzó golpeando con el propio cuerpo o un objeto contundente a la víctima, para posteriormente apuñalarla con un arma blanca. El único caso mixto que no siguió este patrón fue uno en el que el agresor arrojó ácido a su víctima y, al observar que no le iba a causar la muerte, le atacó con una navaja. Esta conducta homicida sugiere que los agresores atacaron de forma impulsiva y poco planificada, o sobreestimaron su capacidad de causar daño a la víctima, cambiando de método homicida cuando fueron conscientes de que no causarían la muerte de la víctima con los medios inicialmente empleados. Una hipótesis similar justificaría la asociación entre el mecanismo mixto y el funcionamiento intelectual límite, dado que dicho diagnóstico se asocia con una disminución del control de impulsos y de la capacidad de planificación (170).

La asociación entre la sospecha de TP Clúster B no diagnosticado y el uso de arma blanca probablemente indique un sesgo de examinador. Puede existir entre los profesionales una tendencia a diagnosticar de Trastorno de la Personalidad Antisocial a aquellos individuos que presentan reiteradamente conductas antisociales, sin tener en que un TP Antisocial no es un individuo que presenta frecuentemente conductas antisociales, si no que existen unas características neurobiológicas propias en los pacientes, como las alteraciones en la mentalización

(171). Cuando existan sospechas de Trastorno de la Personalidad no basta con reflejarlas en la historia clínica, si no que el paciente debería ser derivado a Salud Mental para iniciar un estudio. Asimismo, el profesional debe examinar sus sesgos y concepciones personales antes de establecer una sospecha diagnóstica, especialmente cuando el contacto con el paciente no es habitual.

5.2.2 Asociación entre criterios de Trastorno Mental Grave y antecedentes penales.

El resultado de este análisis estadístico llama poderosamente la atención: A pesar de que los individuos con Trastorno Mental Grave no tienen más probabilidades de tener antecedentes penales que el resto de la muestra, presentan un riesgo aumentado de haber ingresado en prisión al menos una vez. Este resultado es probablemente indicativo de la problemática que se arrastra en España desde la desinstitucionalización de los enfermos mentales. El cierre de los antiguos manicomios y el cambio de paradigma de la atención en Salud Mental ha conllevado inmensas mejoras para la mayoría de los pacientes psiquiátricos, pero presenta un importante déficit de recursos asistenciales para el paciente con Trastorno Mental Grave que padece un importante deterioro en el funcionamiento social. Este perfil de paciente psiquiátrico tiene una elevada probabilidad de ingresar en prisión, incluso cuando no tiene antecedentes penales previos. El motivo de este riesgo aumentado es la dificultad que tienen estos pacientes, a causa de su sintomatología, para cumplir las medidas y

penas alternativas por las que se puede haber suspendido la estancia en prisión, por lo que frecuentemente ingresarán en un establecimiento penitenciario al incumplirlas (172). Por tanto, este hallazgo viene a confirmar que, ante la falta de recursos residenciales adecuados, las prisiones tienden a convertirse en los “nuevos manicomios”, con los efectos deletéreos que esto tiene para los pacientes con Trastorno Mental Grave, empeorando su sintomatología y exponiendo potencialmente a personas emocionalmente muy vulnerables de base a situaciones traumáticas (173).

5.2.3 Asociación entre criterios de Patología Dual y antecedentes penales.

La fuerte asociación entre Patología Dual y delitos (especialmente delitos violentos) es indicativa de que el consumo de sustancias en presencia de enfermedad mental sí aumenta el riesgo de que la persona cometa actos violentos, al contrario de lo que sucede cuando la patología psiquiátrica no presenta un Trastorno por Consumo concomitante. Esta violencia, junto con la posible existencia de un Trastorno Mental Grave, multiplica asimismo el riesgo de ingresar en prisión, existiendo también un riesgo aumentado de que la persona afecta por Patología Dual tenga varios ingresos en prisión a lo largo de su vida (174).

Sin embargo, esta asociación no debe llevar a la conclusión de que todo individuo que cumple criterios de Patología Dual presenta un riesgo

aumentado de ser el autor de actos violentos. La Patología Dual también conlleva un riesgo aumentado de victimización, especialmente en mujeres y jóvenes de ambos sexos, aunque ellos mismos sean violentos (175). Influyen también en el riesgo de violencia la sustancia consumida por el paciente y el trastorno mental padecido, existiendo una importante diferencia de riesgo según las sustancias y trastornos concretos (176).

5.2.4 Asociación entre Policonsumo de Sustancias y antecedentes penales.

La asociación entre el Policonsumo de sustancias tóxicas y los antecedentes penales tiene un patrón similar a la patología dual: el policonsumo aumenta el riesgo de tener antecedentes penales, especialmente si se trata de antecedentes penales por delitos violentos. También aumenta el riesgo de ingresar en prisión. De hecho, el aumento de riesgo de haber ingresado en prisión es mayor en los policonsumidores que en los sujetos que cumplen criterios de Patología Dual o Trastorno Mental Grave. Si a esto se añade que, de los 9 sujetos que cumplían criterios de Patología Dual, 7 presentaban policonsumo, es posible plantear la hipótesis de que el policonsumo de sustancias es un predictor de riesgo de violencia de mayor validez que la Patología Dual. La investigación de esta hipótesis plantearía una serie de retos interesantes, dada la complejidad de la psicofarmacología y la acción sobre la conducta que presenta el consumo de sustancias, especialmente cuando se combinan varias de ellas (177). También puede existir una

dificultad para establecer una clara línea demarcatoria entre el policonsumo de sustancias y la Patología Dual. Una serie de factores genéticos y psicosociales influyen sobre el riesgo de convertirse en policonsumidor, entre los que se encuentran patologías psiquiátricas (principalmente ansiedad y depresión) no diagnosticadas previamente. Esta interrelación y posible retroalimentación entre Policonsumo y Patología Dual, con el consiguiente aumento del riesgo de violencia que conlleva, presenta un importante desafío tanto a nivel clínico como a nivel de investigación (178).

5.2.5 Asociación entre TDAH y Consumo de Sustancias

Existe evidencia de que el diagnóstico de TDAH es un factor de riesgo para el desarrollo de un consumo de sustancias, especialmente si no es diagnosticado y tratado adecuadamente durante la infancia (179). En la muestra se observa que los resultados estadísticamente significativos presentan un Intervalo de confianza al 95% extremadamente variable, probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra y la escasa cantidad de sujetos diagnosticados de TDAH. La asociación del TDAH y el aumento de riesgo de cometer la agresión bajo los efectos del alcohol, así como el mayor riesgo de presentar dependencia alcohólica, es consistente con la literatura; los pacientes de TDAH presentan un aumento en la frecuencia y gravedad de uso de sustancias en general. Padecer TDAH aumenta la gravedad de los síntomas del Trastorno por Consumo de Alcohol y hace que la respuesta a las intervenciones terapéuticas sea subóptima (180), lo que justifica el aumento de riesgo

de los pacientes de TDAH de cometer una agresión homicida bajo los efectos del alcohol. Dado que hasta una quinta parte de los pacientes que padecen Dependencia a Alcohol pueden presentar un TDAH (181) estandarizar el diagnóstico de déficits atencionales en las unidades de conductas adictivas puede ser una estrategia óptima para mejorar la respuesta terapéutica y prevenir las alteraciones conductuales más importantes en este perfil de paciente. El potencial abuso de los fármacos habitualmente utilizados para tratar el TDAH, así como su relativa baja eficacia en pacientes que presentan un uso de sustancias concomitante, presenta un reto adicional para el tratamiento de los pacientes con Trastorno por consumo de sustancias y TDAH comórbido, por lo que sería necesario diseñar un protocolo terapéutico específico, como la potenciación del enfoque psicoterapéutico sobre el farmacológico (182).

La asociación entre el diagnóstico de TDAH y el consumo pasado de alucinógenos es un hallazgo interesante dada la evidencia de beneficios terapéuticos sobre esta patología que parecen presentar algunos psicodélicos (183, 184). Ninguno de los usuarios de alucinógenos, presentes o pasados, diagnosticados de TDAH, había desarrollado abuso o dependencia a esta sustancia. Es plausible que el consumo presentase ciertos efectos terapéuticos que los sujetos buscaban a nivel inconsciente. Dado el pequeño tamaño de la muestra y la cantidad de factores condicionales, la hipótesis del posible beneficio terapéutico de las sustancias psicodélicas en el TDAH debería ser estudiada con detenimiento, previamente a realizar ninguna aseveración.

5.2.6 Asociación entre Conclusiones del informe Médico-Forense y Discrepancia entre Sentencia e Informe

El resultado de este análisis pone de manifiesto que la modificación de la responsabilidad criminal es un continuo. Existen relativamente pocas dudas sobre aplicar los extremos de la imputabilidad, es decir, la no modificación y la Eximente Completa de responsabilidad criminal.

La no modificación de la imputabilidad se corresponde con el estado psicofísico de la mayoría de los seres humanos, y la Eximente Completa suele darse como resultado de patologías de tal gravedad (como una esquizofrenia con un brote psicótico activo) que dejan lugar a pocas dudas. La parte central del continuo de la imputabilidad, es decir, la eximente incompleta y la atenuante, presenta más dificultades para su delimitación. En todo peritaje existe una cierta variabilidad en las conclusiones, inherente al propio perito. Igualmente, existe una variabilidad entre distintos órganos juzgadores a la hora de interpretar las conclusiones de un informe médico forense, interpretación que se verá influida no sólo por los factores personales del magistrado, si no por la presencia en el juicio de otros peritajes, pruebas, testimonios, etc. El peritaje, aunque considerado por los jueces una de las herramientas más valiosas a la hora de tomar decisiones (185), no es ni mucho menos el único instrumento del que disponen ni el único factor que deben atender. Además, aunque en el informe pericial es habitual la redacción de conclusiones con fórmulas análogas a las modificaciones de la imputabilidad recogidas en el código penal, no existe ninguna normativa que obligue al uso de estas fórmulas ni los jueces tienen

porque conocerlas. Todas estas circunstancias explican que, en los casos en los que se aplica una Eximente Incompleta o una Atenuante en la responsabilidad criminal, sea habitual hallar una aparente discrepancia entre las conclusiones del Informe Forense y la Sentencia.

5.2.7 Asociación entre diversos antecedentes y Discrepancia entre Sentencia e Informe

En España, como en otros países, el derecho penal es de hecho y no de autor. Se juzga y castiga un hecho concreto y demostrado, no se juzgan las características de la persona que ha cometido ese hecho. Es por eso por lo que los llamados “testigos de carácter” (personas que no testifican sobre los hechos, si no sobre la catadura moral del presunto autor) no se admiten como prueba. Aunque en Estados Unidos la concepción del derecho penal es similar a la de España y los “testigos de carácter” están igualmente prohibidos, existe evidencia de que las características personales del autor pueden influir significativamente en los fallos judiciales (186). El que no encontremos asociación significativa entre discrepancia entre sentencia e informe forense y las características personales exploradas indicarían que, al menos respecto a la valoración de la imputabilidad, las características personales del individuo no influyen significativamente en la decisión del órgano juzgador.

5.2.8 Asociación entre Relación con la Víctima y circunstancias del homicidio

No se halló ninguna asociación significativa entre la relación con la víctima y las probabilidades de consumación del homicidio, por lo que no se puede afirmar que la relación con la víctima influya en la probabilidad de causar la muerte una vez comienza la agresión. No hay ningún tipo de víctima hacia la que los agresores tengan más probabilidades de arrepentirse una vez iniciada la violencia o, por el contrario, realicen un ataque con mayor letalidad que el resto de los homicidas.

Del mismo modo, tampoco se encuentra asociación entre la relación con la víctima y el mecanismo homicida utilizado. Existe evidencia previa de que el estrangulamiento o asfixia es un método que se utiliza de forma significativamente mayor cuando la víctima es una mujer con la que se mantiene o ha mantenido una relación (187), lo cual no se observa en la muestra del estudio. Podría tratarse de una anomalía estadística o, por el contrario, indicar que existe un cambio de tendencia en lo que respecta a la metodología homicida.

5.3 ANÁLISIS SECUNDARIO: Diferencias entre la definición de “Violencia de Género” según la legislación española y lo establecido en el Convenio de Estambul.

La LIVG, en la actualidad, tan sólo considera “Violencia de Género” la sufrida por mujeres y los menores a su cargo por parte de hombres que mantengan o hayan mantenido una relación conyugal o análoga (5)

Según el Convenio de Estambul, la “Violencia de Género” o “Violencia contra las mujeres por razones de género” se refiere a toda la violencia ejercida contra una mujer “porque es mujer, o que afecte a las mujeres de forma desproporcionada”. (3)

Algunos homicidios que se incluyeron en el grupo Control, dado que no cumplían los requisitos para ser considerados como Violencia de Género según la LIVG, serían considerados como Violencia de Género según Convenio de Estambul: los homicidios con móvil sexual, los cometidos sobre familiares o allegadas adultas de la pareja o expareja, los homicidios de mujeres que ejercen rol de cuidadoras a manos de sus cuidados y los homicidios de mujeres dependientes por parte de sus cuidadores varones.

En el grupo Control hallamos dos homicidios con motivación sexual. En uno, la sentencia consideró probado que el homicidio estuvo motivado por el sadismo sexual del agresor. En el otro, existían dudas sobre ello; el homicidio podría haber sido consecuencia de un intento de agresión sexual que resultó en la muerte de la víctima, tras lo cual el agresor cometió el robo, o bien el robo fue la motivación principal tras

el homicidio. La violencia sexual contra las mujeres es una de las formas más comunes de Violencia de Género. Es mencionada específicamente en el texto del Convenio de Estambul, y se calcula que afecta a casi un tercio de las mujeres a nivel mundial (188). La violencia sexual que acaba con el fallecimiento de la víctima no es la más frecuente, pero es la variante más grave de un problema cada vez más común en España, estando los delitos contra la integridad y libertad sexual en ascenso en los últimos años (189).

Se hallan en el grupo Control dos casos de homicidios cometidos contra familiares adultos de la pareja o expareja. En ambos casos, las víctimas fueron mujeres mayores de edad con las que la expareja del agresor tenía una relación muy estrecha y que tenían una historia de conflictos interpersonales con el agresor. En un caso, el homicidio vino motivado por considerar a la familiar la responsable de la ruptura. En otro, porque el homicida estaba convencido de que la víctima había influido en su expareja para que solicitase la retirada de la custodia compartida. Se observa en estos homicidios una doble motivación: el deseo de venganza contra la víctima y el deseo de causar sufrimiento emocional a la expareja. Recientes casos de alto perfil han puesto la llamada “violencia vicaria” (causar daño a la mujer agrediendo a personas con un especial significado para ella) de relevancia en la sociedad española. Tanto a nivel legislativo como en el imaginario colectivo, se ha centrado la atención en los menores como víctimas indirectas de la Violencia de Género, obviando a los familiares y allegados adultos de la mujer maltratada. Apenas existen estudios sobre este tipo de

violencia. Los pocos estudios que existen sobre el papel de la familia extensa en la Violencia de Género se centran en su influencia como mantenedores del maltrato en contextos culturales concretos (190). En base a lo hallado en el estudio y lo que conocemos sobre la Violencia de Género podemos establecer la hipótesis de que, cuando un maltratador dirige la violencia hacia familiares o allegados adultos de su pareja o expareja, en la mayor parte de los casos las víctimas serán mujeres. A favor de esta hipótesis se puede plantear que es probable que la mujer maltratada tenga una relación de intimidad o confianza con otras mujeres, tanto por motivos socioculturales como porque las conductas controladoras del agresor suelen dirigirse con más intensidad a anular las relaciones con hombres, debido a los celos, lo que hace más probable que la mujer maltratada pueda mantener relaciones de intimidad con otras mujeres con más facilidad. A esto se sumaría la probable superioridad física del agresor sobre una víctima femenina respecto a una masculina y las actitudes del agresor de menosprecio hacia las mujeres en general. Estos factores enmarcarían la violencia hacia las familiares y allegadas de una mujer maltratada como actos de Violencia de Género.

Ocho sujetos del grupo control habían dirigido su agresión hacia mujeres que ejercían el rol de cuidadores sobre ellos. En España es habitual que los cuidados de enfermos crónicos sean llevados a cabo por cuidadores no profesionales. En el caso de las personas con un trastorno psicótico o una discapacidad intelectual, este rol lo desempeñan generalmente los progenitores, dado que el diagnóstico

aparece habitualmente a edades tempranas y se produce una extensión de los cuidados de la infancia y adolescencia. En los escasos casos en los que estos pacientes ejercen la violencia, los cuidadores presentan un importante riesgo de victimización debido a su cercanía. Hallamos, en este contexto, nueve víctimas femeninas: seis víctimas eran madres de los agresores; una, abuela y, en un caso, las víctimas eran su cuñada y sobrina (en el que fue el único homicidio doble de todo el estudio). Todas ellas ejercían de cuidadoras de un varón con un trastorno psicótico o una discapacidad intelectual acompañada de un trastorno psicótico, consumo de sustancias o ambos. Cuatro de las agresiones se produjeron en el contexto de una ideación delirante activa (una de ellas, el doble homicidio). En las cuatro restantes, la violencia fue consecuencia de una discusión en la que el agresor demandó dinero, negándosele la víctima.

Diez hombres fallecieron ejerciendo el rol de cuidadores no profesionales a manos de la persona a la que cuidaban. Nueve de ellos eran los padres del agresor, uno, su abuelo. En este caso, seis homicidios vinieron motivados por clínica delirante y tres homicidios por una discusión y demanda económica del agresor. En un caso, no se pudo establecer la motivación tras la muerte.

Estas cifras de cuidadores no profesionales fallecidos a manos de la persona cuidada, principalmente progenitores, se corresponden con estudios que han analizado ese fenómeno. El consenso general es que el homicidio de progenitores tiene una distribución bastante similar entre hombres y mujeres, con una leve mayoría de víctimas masculinas

(191, 192). Cuando la víctima es uno de los dos progenitores, la posibilidad de que sea el padre o la madre está relacionada con la proximidad parental, siendo el progenitor o familiar que ejerce el cargo de cuidador principal la víctima más probable de violencia. En la sociedad española, tradicionalmente las mujeres han sido las responsables del cuidado de la casa y la progeñe. Esto podría hacer pensar que deberían ser la mayoría de las víctimas de los parricidas. No obstante, el rol tradicional del hombre como administrador de autoridad puede aumentar el riesgo de victimización debido a la frecuencia e intensidad con la que pueden presentarse conflictos con la persona cuidada.

Interpretando de forma estricta la definición del Congreso de Estambul, las mujeres que fallecen a manos de sus descendientes pueden ser consideradas víctimas Violencia de Género dado que componen casi el 50% de las víctimas de parricidios, en comparación con los homicidios en general, en los que las mujeres son el 20% de las víctimas (68). El enfocar estas muertes desde la Violencia de Género puede ser, en opinión de algunos autores, una herramienta útil para comprenderlo y prevenirlo (191). Este enfoque, no obstante, corre el riesgo de generar una sobreclasificación, generando un número de formas de Violencia de Género demasiado amplio como para ser manejado de forma práctica, pudiendo además no ser el enfoque más efectivo en este tipo de situaciones. Por este motivo, otros autores consideran una solución más adecuada el abordar la violencia del cuidado hacia el cuidador con

un enfoque centrado en mejorar el acceso a servicios sociales y cuidar la salud mental, tanto de cuidadores como de cuidados (192)

En contraposición a los homicidios contra las mujeres que ejercen el rol de cuidadoras, hallamos dos casos en los que el cuidador es el que arrebató la vida a una mujer que estaba a su cuidado. En ambos casos se trataba de una mujer anciana y dependiente físicamente asesinada por su hijo. Ambos homicidas afirmaron estar motivados por el deseo de ahorrar el sufrimiento inherente a la edad avanzada y a la enfermedad a sus progenitoras. En ambos casos se observó durante la revisión de su historia clínica y evaluación médico-forense que los autores padecían sintomatología ansioso-depresiva compatible con el “síndrome del cuidador”, fenómeno que afecta a la calidad de vida de muchos cuidadores no profesionales. Si nos centramos en los parricidios de progenitores ancianos que mueren a manos de sus hijos cuidadores, la evidencia indica que las mujeres forman una mayoría de las víctimas (192,193), por lo que existen pocas dudas a la hora de calificar este tipo de parricidio Violencia de Género. No obstante, al igual que en el caso de las cuidadoras asesinadas por los hombres a su cuidado, es probable que el enfoque social y centrado en la salud mental sea más útil para evitar estas muertes que un enfoque centrado en la Violencia de Género.

Analizando las diversas formas de violencia contra las mujeres, queda patente que la definición de Violencia de Género expresada en la LIVG es limitada. Si atendemos a la definición del consejo de Estambul queda claro que hay otras formas de Violencia de Género presentes en la sociedad española más allá de la violencia contra la pareja y expareja.

Se ha manifestado desde el gobierno el deseo de reformar la ley para que la definición de Violencia de Género sea más ajustada a la del Convenio de Estambul. Esta ampliación del concepto presenta una serie de retos para su aplicación efectiva. El ataque de un exmarido contra la que era su pareja, la agresión sexual hacia una desconocida y la agresión de un paciente psíquico crónico hacia su madre cuidadora son Violencia de Género según el Convenio de Estambul, pero cada uno de los tres casos de ejemplo requiere un enfoque muy distinto en lo que respecta a protección de la mujer, establecimiento de penas y medidas alternativas; y prevención de reincidencia.

Por parte del legislador se ha tomado la decisión de intentar atajar el problema de la violencia sexual con un enfoque similar a como se afronta la Violencia e Géneros según la LIVG. La entrada en vigor de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LGILS), plantea un enfoque asimilable al de la LIVG en materia de investigación y sensibilización (194). Amplía las competencias de las unidades especializadas en Violencia de Género a la violencia sexual (denominada en la ley como “Violencias Sexuales”) (195) y otorga a sus víctimas una consideración similar a las víctimas de Violencia de Género en varios ámbitos (196). El éxito o fracaso de este enfoque se podrá valorar en el futuro. Aunque la ley amplía la consideración de Violencia de Género para incluir una de sus formas más comunes (la violencia sexual) continúa dejando fuera de esa cobertura legal otras formas de Violencia de Género que, según el Convenio de Estambul, se consideran como tal.

Dado que toda ley es, por necesidad, limitada en su ámbito de aplicación, hallar una forma de poder afrontar, desde el ámbito jurídico, todos los casos de Violencia de Género es un reto de gran complejidad. En una sentencia del Tribunal Supremo se aplicó la agravante por razones de género a una agresión sexual en que víctima y agresor no se conocían, considerando que dicha agravante es aplicable a los delitos que “colocan a la mujer víctima en un papel de subordinación que perpetúa patrones de discriminación históricos y socialmente asentados” (197). Este enfoque, de generalizarse, podría ser una solución adecuada para proporcionar cobertura a todas las formas de Violencia de Género.

Aunque la aplicación de la agravante por razones de género se utilizase con más frecuencia, no puede ser la única forma de combatir la Violencia de Género desde el ámbito legal y jurídico. Afrontar la Violencia de Género según la definición de la LIVG (es decir, la violencia de los hombres dirigida contra las mujeres que son o hayan sido sus parejas) requiere la aplicación de medidas adecuadas a su naturaleza y frecuencia. Por ello, la LIVG debería seguir vigente o sustituirse por una ley de espíritu similar. Se ha demostrado, como se desarrolló en el apartado 5.1, que los programas específicos dirigidos hacia maltratadores disminuyen significativamente el riesgo de reincidencia. El ampliar estos programas e incluir como víctimas de Violencia de Género a los familiares y allegados mayores de edad de la pareja y expareja (en lugar de únicamente a los menores, tal como sucede en la legislación actual) contribuiría a disminuir el riesgo de

reincidencia, posibilitando que los programas específicos dirigidos hacia maltratadores se aplicaran de forma más amplia. Además, se podrían aplicar medidas de protección más amplias hacia estas víctimas.

5.4 LIMITACIONES

La principal limitación del estudio es, como se menciona en apartados anteriores, el pequeño tamaño de la muestra. Es una limitación inherente a muchos estudios forenses que tratan delitos poco frecuentes, como lo es el homicidio. La problemática, además, viene exacerbada por la limitada informatización de los datos en los institutos de Medicina Legal, factores que han motivado la circunscripción geográfica de los datos a la Provincia de Valencia por motivos prácticos.

Como consecuencia de esta limitación existe la posibilidad de que no se hayan detectado en el análisis resultados que, con una muestra mayor, habrían sido significativos. También genera una tendencia a los valores de Odds Ratio extremos, lo que explica la amplia horquilla de algunos resultados con un Intervalo de confianza al 95%. Por último, genera dudas sobre si los resultados obtenidos en la muestra pueden ser extrapolados a otras poblaciones. En contra de la posible extrapolación de la muestra, hallamos resultados aparentemente extraños, como la alta prevalencia de analfabetos en el grupo VG. A favor, la mayoría de los resultados del análisis estadístico son correspondientes con hallazgos

previos en la literatura y existen explicaciones basadas en la evidencia para explicar los resultados aparentemente extraños del estudio, más allá de las anomalías estadísticas.

Adicionalmente, que el estudio se centre en sujetos que han sido peritados a nivel psiquiátrico puede generar una sobrerrepresentación de los trastornos mentales en la muestra respecto a la población general.

Por último, al tratarse de un estudio retrospectivo en el que los sujetos han sido reconocidos por distintos examinadores existe poca fiabilidad en los ítems que tienen un componente subjetivo. No obstante, estos ítems son una minoría de los recogidos (principalmente, las sospechas de Trastorno de la Personalidad) y no comprenden ninguno de los resultados significativos del análisis principal, siendo todos ellos (edad, antecedentes penales, intento de suicidio tras los hechos) datos constatados.

6. CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES PRINCIPALES

En relación con la hipótesis de trabajo y a los objetivos principales establecidos, se extraen las siguientes conclusiones:

1. Los autores de homicidios de Violencia de Género, ante una evaluación psiquiátrica médico-forense, presentan unas características que los distinguen de los homicidas por otras causas.
2. Estas características son:
 1. A nivel sociodemográfico: Mayor media de edad. Mayor probabilidad de tener antecedentes penales por anteriores delitos de Violencia de Género.
 2. En su conducta post-homicidio: Más probabilidades de intentar suicidarse tras el homicidio o tentativa de éste. Mayor probabilidad de estar motivados por conflictos interpersonales distintos a una discusión en las horas previas al acto. Menor probabilidad de cometer el homicidio por motivos económicos.
3. Estas características pueden ser observadas en la evaluación médico-forense y el historial forense del agresor.

6.2 CONCLUSIONES SECUNDARIAS

Las siguientes conclusiones, derivadas de análisis paralelos y secundarios, deberían ser contrastadas en nuevos estudios.

1. Se han hallado las siguientes relaciones entre los diagnósticos psiquiátricos de los homicidas y el mecanismo lesivo utilizado:

1. Los homicidas que padecen un Trastorno de Ansiedad tienen más probabilidades de utilizar un Arma de Fuego que el resto de los homicidas.
 2. Los homicidas españoles afectados de Esquizofrenia tienen más probabilidades de usar su propio cuerpo o un objeto contundente como método homicida, en contraposición al riesgo aumentado de uso de armas blancas observado en muestras internacionales.
 3. Los homicidas diagnosticados de un Trastorno de la Personalidad incluido en el grupo B o de Capacidad Intelectual Límite tienen más probabilidades de utilizar dos o más mecanismos lesivos durante un homicidio que el resto de los homicidas.
2. Cumplir criterios de Patología Dual o ser Policonsumidor de sustancias aumenta la probabilidad de tener Antecedentes Penales, especialmente por delitos violentos, así como de ingresar en prisión.
 3. Padecer un Trastorno Mental Grave aumenta las probabilidades de ingresar en prisión.
 4. Se han hallado las siguientes relaciones entre el diagnóstico de TDAH y consumo de sustancias:
 1. Mayor probabilidad de cometer un homicidio bajo los efectos del alcohol.
 2. Mayor probabilidad de padecer Dependencia alcohólica.
 3. Mayor probabilidad de haber consumido alucinógenos a lo largo de la vida.

5. Es más probable que existan discrepancias entre lo concluido en el Informe forense y la Sentencia, en lo que respecta a la imputabilidad, cuando las conclusiones del informe forense sean análogos a una modificación de la imputabilidad Atenuante o Eximente Incompleta.
6. La definición de Violencia de Género en la legislación española presenta discrepancias frente a la del Convenio de Estambul. A nivel jurídico, adecuar la legislación supondrá un reto considerable.

6.3 LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

A partir de la realización de este estudio se abren varias líneas de investigación relacionadas con la Violencia de Género, así como con la Medicina Forense en general:

1. Profundizar en los abordajes terapéuticos/rehabilitadores, sobre hombres condenados por Violencia de Género, con el objetivo de reducir la reincidencia.
2. Desarrollar mecanismos de prevención para evitar la aparición inicial de Violencia de Género, así como la escalada de conductas violentas. Plantear el ajuste de las escalas de valoración de riesgo en base a los hallazgos de esta investigación.
3. Investigar si, en la población española, la posesión legal de armas de fuego está asociada a un aumento de las probabilidades de padecer ansiedad.

4. Estudiar si, en población española, existe una asociación significativa entre los distintos diagnósticos de Trastorno Mental y el mecanismo homicida utilizado.
5. Establecer si la relación entre Patología Dual y Violencia viene dada por la tendencia de los pacientes duales al Policonsumo de sustancias, el cual puede actuar como factor de confusión.
6. Investigar la calidad de la comunicación percibida entre peritos forenses y órganos juzgadores, así como posibles estrategias de mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. (1996). Violence: a public health priority. 1996.
2. World Health Organization. Global status report on violence prevention. 2014.
3. Consejo De Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Council of Europe Treaty Series. 2011;210.
4. UNHCR Division of International Protection. UNHCR Policy on the Prevention of, Risk Mitigation, and Response to Gender-Based Violence (GBV). International Journal of Refugee Law 2021;33(3):506-527.
5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado 2004; 313.
6. Taylor T. The prehistory of sex: Four million years of human sexual culture. Bantam; 1996: 205
7. Meyers CL. Discovering Eve: ancient Israelite women in context. Oxford University Press on Demand; 1988.
8. Lerner G. The creation of patriarchy. Women and History. 1986;1
9. Fox VC. Historical perspectives on violence against women. Journal of International Women's Studies. 2002;4(1):15-34.
10. Silva AD, García-Manso A, Barbosa GS. Una revisión histórica de las violencias contra mujeres. Revista direito e Praxis. 2019 Jan; 10:170-97.

11. Graíño CS. La violencia sobre las mujeres en la Edad Media: estado de la cuestión. *Clío & Crimen: Revista del Centro de Historia del Crimen de Durango*. 2008(5):24-38.
12. De Gouges O. Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana; 1791.
13. Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870. *Gaceta de Madrid* 1870;243: 9-23. art. 438.
14. Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870. *Gaceta de Madrid* 1870;243: 9-23. art. 448.
15. Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870. *Gaceta de Madrid* 1870;243: 9-23. art. 452.
16. Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870. *Gaceta de Madrid* 1870;243: 9-23. art. 490.
17. Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870. *Gaceta de Madrid* 1870;243: 9-23. art. 603.
18. Real decreto-ley aprobando el proyecto de Código Penal, que se inserta, y disponiendo empiece a regir como Ley del Reino el día 1º de Enero de 1929. *Gaceta de Madrid*; 1928; 257 1450-1526. art. 523.
19. Real decreto-ley aprobando el proyecto de Código Penal, que se inserta, y disponiendo empiece a regir como Ley del Reino el día 1º de Enero de 1929. *Gaceta de Madrid*; 1928; 257 1450-1526. art. 620.
20. Real decreto-ley aprobando el proyecto de Código Penal, que se inserta, y disponiendo empiece a regir como Ley del Reino el día 1º de Enero de 1929. *Gaceta de Madrid*; 1928; 257 1450-1526. art. 819.

21. Real decreto-ley aprobando el proyecto de Código Penal, que se inserta, y disponiendo empiece a regir como Ley del Reino el día 1º de Enero de 1929. *Gaceta de Madrid*; 1928; 257 1450-1526. art. 653.
22. Ley de 27 de octubre de 1932 autorizando al Ministro de este Departamento para publicar como Ley el Código penal reformado, con arreglo a las bases establecidas en la Ley de 8 de septiembre del corriente año. *Gaceta de Madrid*. 1932;310 818-856. Exposición de motivos III.
23. Ley de 27 de octubre de 1932 autorizando al Ministro de este Departamento para publicar como Ley el Código penal reformado, con arreglo a las bases establecidas en la Ley de 8 de septiembre del corriente año. *Gaceta de Madrid*. 1932;310 818-856. art. 469
24. Ley de 27 de octubre de 1932 autorizando al Ministro de este Departamento para publicar como Ley el Código penal reformado, con arreglo a las bases establecidas en la Ley de 8 de septiembre del corriente año. *Gaceta de Madrid*. 1932;310 818-856. art. 578
25. Decreto de 23 de diciembre de 1944 por el que se prueba y promulga el «Código Penal, texto refundido de 1944», según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. *Boletín Oficial del Estado* 1945; Jan 13 427-472. art. 428
26. Decreto de 23 de diciembre de 1944 por el que se prueba y promulga el «Código Penal, texto refundido de 1944», según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. *Boletín Oficial del Estado* 1945; Jan 13 427-472. art. 449
27. Decreto de 23 de diciembre de 1944 por el que se prueba y promulga el «Código Penal, texto refundido de 1944», según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. *Boletín Oficial del Estado* 1945; Jan 13 427-472. art. 452

28. Decreto de 23 de diciembre de 1944 por el que se prueba y promulga el «Código Penal, texto refundido de 1944», según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. *Boletín Oficial del Estado* 1945; Jan 13 427-472. art. 475
29. Decreto de 23 de diciembre de 1944 por el que se prueba y promulga el «Código Penal, texto refundido de 1944», según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. *Boletín Oficial del Estado* 1945; Jan 13 427-472. art. 583
30. Ley 22/1978, de 26 de mayo, sobre despenalización del adulterio y del amancebamiento. *Boletín Oficial del Estado* 1978;128 12440.
31. Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio. *Boletín Oficial del Estado* 1981;172 16457-16462.
32. Europa Press. La violencia de género es la tercera causa de ingreso de hombres en prisión en España. Rtve.es (Internet) 2010: [2020] Disponible en <https://www.rtve.es/noticias/20101130/violencia-genero-tercera-cause-ingreso-hombres-prision-espana/377820.shtml>
33. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021] Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obsevatorio.pdf: 64-66
34. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021] Disponible en

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obsevatorio.pdf:67

35. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021] Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obsevatorio.pdf:139-140
36. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021] Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obsevatorio.pdf:141-142
37. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021] Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obsevatorio.pdf:143
38. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021] Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obsevatorio.pdf:144-146
39. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2021 [2021]

Disponible en
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/XII_Informe_Obseatorio.pdf:147

40. Sanz Barbero B, Vallejo Ruiz de León F, Carmona R, Vives-Cases C. Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años (2003-2017). Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. 2021: 19-20
41. Sanz Barbero B, Vallejo Ruiz de León F, Carmona R, Vives-Cases C. Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años (2003-2017). Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. 2021: 21
42. Sanz Barbero B, Vallejo Ruiz de León F, Carmona R, Vives-Cases C. Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años (2003-2017). Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. 2021: 27-28
43. Sanz Barbero B, Vallejo Ruiz de León F, Carmona R, Vives-Cases C. Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años (2003-2017). Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. 2021: 35
44. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 art. 153.
45. General Assembly of the United Nations. Resolution 54/4. Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. 2004; Oct 15. Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-08/OP_CEDAW_en.pdf
46. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (legislación consolidada). *Boletín Oficial del Estado* 2004; 313: Exposición de Motivos II.

47. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (legislación consolidada). *Boletín Oficial del Estado* 2004; 313: art. 1.
48. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (legislación consolidada). *Boletín Oficial del Estado* 2004; 313: art. 15.
49. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (legislación consolidada). *Boletín Oficial del Estado* 2004; 313: art. 35.
50. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (legislación consolidada). *Boletín Oficial del Estado* 2004; 313: arts. 65 y 66.
51. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado* 2020; 215.
52. Amor PJ, Echeburúa E, Loinaz I. ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2009;9(3):519-39.
53. Moré DS. Violencia doméstica y de género: aspectos médico-legales. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*. 1999(2):38-45.
54. Lago ML, Torrado JA. Procedimientos terapéuticos con hombres que agreden a sus mujeres. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*. 2004;4(1):65-73.
55. Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*. 2010 Sep 1;36(3):117-21.

56. Sepúlveda García de la Torre A. La violencia de género como causa de maltrato infantil. Cuadernos de medicina forense. 2006 Apr(43-44):149-64.
57. Cáceres Carrasco J. Discusiones de pareja, violencia y activación cardiovascular. Análisis y modificación de conducta. 1999.
58. Dutton DG, Golant SK. The batterer: A psychological profile. Basic Books; 2008 Aug 5.
59. Consejo General del Poder Judicial. Análisis de las sentencias dictadas por los tribunales del jurado y por las audiencias provinciales en el año 2010, relativas a homicidios y/o asesinatos consumados entre los miembros de la pareja o ex pareja. *Madrid: Publicación del Consejo General del Poder Judicial*. 2010.
60. Odriozola EE. Violencia y trastornos mentales: una relación compleja. Ediciones Pirámide; 2018 Sep 13.
61. Gallo García AB, Estarellas Roca AM, Gaviria Gómez AM. Violència masclista i malaltia mental, repercussió en el tractament penal i la seva execució [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEFJE); (Internet) 2017 [2019]. Disponible en: https://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2017/violenciaMasclista_CA.pdf
62. Henrichs J, Bogaerts S, Sijtsma J, Klerx-van Mierlo F. Intimate partner violence perpetrators in a forensic psychiatric outpatient setting: Criminal history, psychopathology, and victimization. *Journal of interpersonal violence*. 2015 Jul;30(12):2109-28.
63. de Barros DM, de Pádua Serafim A. Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Science International*. 2008 Jul 18;179(1):19-22.

64. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Male batterers with and without psychopathy: An exploratory study in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology*. 2007 Jun;51(3):254-63.
65. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas españolas de psiquiatría*. 2010 Sep 1;38(5):249-61.
66. Hoaken PN, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*. 2003 Dec 1;28(9):1533-54.
67. Crane CA, Schlauch RC, Devine S, Easton CJ. Comorbid substance use diagnoses and partner violence among offenders receiving pharmacotherapy for opioid dependence. *Journal of addictive diseases*. 2016 Jul 2;35(3):205-11.
68. United Nations Office on Drugs and Crime. Estudio mundial sobre el homicidio. 2019.
69. Gázquez MD. Violencia homicida: clasificación y factores de riesgo. *Medicina UPB*. 2008;27(2):125-39.
70. Acero H. Reducción de la violencia y la delincuencia en Bogotá, Colombia, 1994 2002. *Biomédica*. 2002;22(Su2):362-72.
71. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Manual y directrices sobre procedimientos y criterios para determinar la condición de refugiado, 2011
72. Mucchielli L. ¿Vivimos en una sociedad más violenta?: Un análisis socio-histórico de las violencias interpersonales en Francia, desde los años setenta hasta nuestros días. *Revista Española De Investigación Criminológica: REIC*. 2010(8):5.
73. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 138

74. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 139 y 140
75. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 142
76. Ribas ER. El homicidio preterintencional. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. 2010 Jan 1;3.
77. Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, De Corral P. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja-Revisada-(EPV-R). *Psicothema*. 2010;22(4):1054-60.
78. Teruelo JG. Femicidios de género: Evolución real del fenómeno, el suicidio del agresor y la incidencia del tratamiento mediático. *Revista española de investigación criminológica*. 2011 Mar 1;9:1-27.
79. Sanz Barbero B, Vallejo Ruiz de León F, Carmona R, Vives-Cases C. Análisis temporal de los asesinatos de mujeres por violencia de género en España a lo largo de 15 años (2003-2017). Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. 2021: 34-35
80. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*. 2001 Oct;52(10):1358-66.
81. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008 Apr;165(4):429-42.
82. Martín JD, Arias VT, Sánchez LL, Liaño SF. Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*. 2009;8(2):101-26.
83. Stone MH. Violence. In: JM Oldham, AE Skodol, DS Bender (Eds.), *Textbook of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005: 477-92.

84. Dutton DG. The abusive personality. Violence and control in intimate relationships (2ªed.). New York: Guilford Press, 2007.
85. Russ E, Shedler J, Bradley R, Westen D. Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *Am J Psychiatry* 2008;165:1473-81.
86. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema* 2008;20:193-8
87. Rodway C, Flynn S, Swinson N, Roscoe A, Hunt IM, Windfuhr K, Kapur N, Appleby L, Shaw J. Methods of homicide in England and Wales: A comparison by diagnostic group. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009 Apr 1;20(2):286-305.
88. Rodríguez-Quiroga A, Ibarrola AF, Fluiters MT. Homicidio y enfermedad mental. Un análisis retrospectivo de una serie de casos. *Revista Española de Medicina Legal*. 2015 Jan 1;41(1):3-8.
89. Zimbardo P. El Efecto Lucifer. El porqué de la maldad. Barcelona: Paidós, 2008.
90. Maza Martín JM. La anomalía y alteración psíquica en la interpretación jurisprudencial. *Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal III-1999*. El Fiscal y la jurisdicción civil. *Penología. Psiquiatría forense.*;3:547.
91. Audiencia Provincial de Barcelona, Sección 20. Sentencia 517/2016. 2016, Jun 15 (Internet). 15 de Junio de 2016 [2022] Disponible en <https://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/94a715394e6369ac/20161010>
92. García FL, Agustina JR, Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C. Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española. *Revista española de medicina legal*. 2016 Apr 1;42(2):62-6.

93. Checa M. Manual práctico de psiquiatría forense. Elsevier España; 2010.
94. Calabuig G. Medicina Legal y Toxicología. 6 ta ed. Barcelona: Editorial Masson SA. 2004.
95. Bellido Rodríguez MC. La valoración médico forense de la sustitución de las penas privativas de libertad (Tesis Doctoral). Universitat de Valencia, 2015 (2021). Disponible en <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47669/DEPOSITO%20TESIS%20CARMEN%20BELLIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
96. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 95
97. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 96
98. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 6
99. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 60
100. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado* 1995;281 Art 196
101. García-Largo LM, Esteve LG. Sobre las medidas de seguridad en el nuevo proyecto de reforma del Código Penal. *Revista Española de Medicina Legal*. 2015 Jan 1;41(1):27-31.
- 102.102. López Osorio JJ, Muñoz Vicente JM, Andrés Pueyo A, Pastor Bravo M. Guía de aplicación del formulario VFR5.0-h en la valoración forense del riesgo. Área de violencia de género, estudios y formación. Gabinete de coordinación y estudios. 2020.

103. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS 2007; 05.
104. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. 2013: 483-582
105. Hulse GK, Lautenschlager NT, Tait RJ, Almeida OP. Dementia associated with alcohol and other drug use. *International Psychogeriatrics*. 2005 Sep;17(s1):S109-27.
106. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015 Aug 1;2(8):718-25.
107. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal*. 2015 May;13(5):4102.
108. Kar N, Arun M, Mohanty MK, Bastia BK. Scale for assessment of lethality of suicide attempt. *Indian journal of psychiatry*. 2014 Oct;56(4):337.
109. Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*. 2016 Aug;24(4):331-6.
110. Cramer, Christopher. 2011. *Unemployment and Participation in Violence*. Washington, DC: World Bank. (Internet). 2011 [2022] Disponible en. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9247>
111. Amroussia N, Gustafsson PE, Mosquera PA. Explaining mental health inequalities in Northern Sweden: a decomposition analysis. *Global health action*. 2017 Jan 1;10(1):1305814.

- 112.Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, González-Fraile E, Bienkowski P, Gómez-Beneyto M, Dos Santos MH, Wasserman D. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2016 Mar;266(2):89-124.
- 113.González JL, Sánchez F, López-Ossorio JJ, Santos-Hermoso J, Cereceda J. Informe sobre el homicidio en España: 2010–2012. Ministerio del Interior: Madrid, Spain. 2018.
- 114.Thomas KA, Joshi M, Sorenson SB. “Do you know what it feels like to drown?” Strangulation as coercive control in intimate relationships. *Psychology of Women Quarterly*. 2014 Mar;38(1):124-37.
- 115.Monahan K, Bannon S, Dams-O’Connor K. Nonfatal strangulation (NFS) and intimate partner violence: A brief overview. *Journal of Family Violence*. 2020 Oct 13:1-2.
- 116.Monahan K, Purushotham A, Biegon A. Neurological implications of nonfatal strangulation and intimate partner violence. *Future Neurology*. 2019 Aug(0):FNL21.
- 117.Stancu O, Varona D. ¿ Punitivismo también judicial?: Un estudio a partir de las condenas penales por homicidio en España (2000-2013). *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 2017 Jul 24;19(12):1-33.
- 118.Farrington D. Criminología del desarrollo y del curso de la vida. Derecho penal y criminología como fundamento de la política criminal: estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez, Dykinson. 2006 :239-266.
- 119.Monckton Smith J. Intimate partner femicide: Using Foucauldian analysis to track an eight stage progression to homicide. *Violence against women*. 2020 Sep;26(11):1267-85.

- 120.Enander V, Krantz G, Lysell H, Örmon K. Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of gender-based violence*. 2021 Feb;5(1):59-74.
- 121.Enander V, Krantz G, Lövestad S, Örmon K. The killing and thereafter: intimate partner homicides in a process perspective, part II. *Journal of gender-based violence*. 2022 Oct 31;6(3):501-17.
- 122.Instituto Nacional de Estadística (España). INEbase [en línea]. [Madrid]: INE. Disponible en <http://www.ine.es/index.htm> [2022]
- 123.Aoki Y, Todo Y. Are immigrants more likely to commit crimes? Evidence from France. *Applied Economics Letters*. 2009 Oct 1;16(15):1537-41.
- 124.Aldridge ML, Browne KD. Perpetrators of spousal homicide: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2003 Jul;4(3):265-76.
- 125.Secretaría de estado de empleo y economía social subdirección general de estadística y análisis sociolaboral . Informe jóvenes y mercado de trabajo Junio 2021 (Internet) 2021 [2022] Disponible en https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec_trabajo/analisis_mercado_trabajo/jovenes/2021/Junio_2021.pdf
- 126.Hjalmarsson R, Lochner L. The impact of education on crime: international evidence. *CESifo DICE Report*. 2012;10(2):49-55.
- 127.Marks D. IQ variations across time and race are explained by literacy differences. *Nature Precedings*. (Internet) 2007 [2022] Disponible en <https://www.nature.com/articles/npre.2007.1293.2>
- 128.Ramírez MP, Framis AG, de Juan Espinosa M. Reincidencia de los agresores de pareja en Penas y Medidas Alternativas. *Revista de estudios penitenciarios*. 2018(261):49-79.
- 129.Lila M, Catalá A, Conchell R, García A, Lorenzo MV, Pedrón V, Terreros E. Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres

- penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. Psychosocial Intervention. 2010 Jul;19(2):167-79.
130. Lila M, Gracia E, Catalá-Miñana A. Individualized motivational plans in batterer intervention programs: A randomized clinical trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2018 Apr;86(4):309.
 131. Consejo general poder judicial. Informe anual sobre violencia de género, año 2019 (Internet) 2020 [2022]. Disponible en <file:///C:/Users/29204152V/Downloads/Violencia%20sobre%20la%20mujer%20-%20Informe%20Anual%20de%202019.pdf>
 132. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. XIII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Ministerio de Igualdad [en línea] 2022 [2022] Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/2019/XIII_Informe_OEVM_2019.pdf 316
 133. Zabala-Baños MC, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero D, Rodríguez M. Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain. Rev Esp Sanid Penit. 2016 Jun;18(1):13-23.
 134. Flynn S, Abel KM, While D, Mehta H, Shaw J. Mental illness, gender and homicide: A population-based descriptive study. Psychiatry research. 2011 Feb 28;185(3):368-75.
 135. Velotti P, Beomonte Zobel S, Rogier G, Tambelli R. Exploring relationships: A systematic review on intimate partner violence and attachment. Frontiers in psychology. 2018 Jul 5;9:1166.
 136. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Atención primaria. 2009 Oct 1;41(10):545-51.

137. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009 Jul 31;70(suppl 4):455.
138. Reina EH, Artiles FJ, Fleta JL. Estrategias de intervención para mejorar la Adherencia. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*. 2009;9(1):95-105.
139. Chock MM, Bommersbach TJ, Geske JL, Bostwick JM. Patterns of health care usage in the year before suicide: a population-based case-control study. *In Mayo Clinic Proceedings* 2015 Nov 1 (Vol. 90, No. 11, pp. 1475-1481).
140. Lafferty A, McConkey R, Taggart L. Beyond friendship: The nature and meaning of close personal relationships as perceived by people with learning disabilities. *Disability & Society*. 2013 Dec 1;28(8):1074-88.
141. Emerson E. Health status and health risks of the “hidden majority” of adults with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*. 2011 Jun;49(3):155-65.
142. Novak A, Vizjak K, Rakusa M. Cognitive Impairment in People with Epilepsy. *Journal of Clinical Medicine*. 2022 Jan 5;11(1):267.
143. Bruchmüller K, Margraf J, Schneider S. Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012 Feb;80(1):128.
144. Karukivi M, Vahlberg T, Horjamo K, Nevalainen M, Korkeila J. Clinical importance of personality difficulties: diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC psychiatry*. 2017 Dec;17(1):1-9.
145. Lamis DA, Leenaars LS, Jahn DR, Lester D. Intimate partner violence: Are perpetrators also victims and are they more likely to experience suicide ideation?. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013 Nov;28(16):3109-28.

146. Aguilar Ruiz R, González Calderón MJ, González García A. Severe versus less severe intimate partner violence: Aggressors and victims. *European journal of criminology*. 2021 Sep 3;1477370821995145.
147. Leonard KE, Rothbard JC. Alcohol and the marriage effect. *Journal of studies on Alcohol, supplement*. 1999 Mar(13):139-46.
148. Arias-de la Torre J, Eiroa-Orosa FJ, Molina AJ, Colell E, Dávila-Batista V, Moreno-Montero F, Robles N, Valderas JM, Martín V. Relación del consumo problemático de cannabis en la población joven de España con el riesgo percibido, los factores ambientales y los factores sociodemográficos. *adicciones*. 2021 Jan 15;33(1):63-70.
149. Núñez MD. Pureza y adulterantes en drogas psicoactivas incautadas en el norte de Galicia durante los años 2007 a 2015 (Tesis doctoral). 2018. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150429&orden=0&info=link>
150. Homsí Farayé R. Toxicología y accidentes de tráfico: un estudio a través de los datos policiales y del samu de la ciudad de Valencia (Tesis doctoral). 2014. Disponible en <http://hdl.handle.net/10550/40118>
151. Guina J, Merrill B. Benzodiazepines I: upping the care on downers: the evidence of risks, benefits and alternatives. *Journal of clinical medicine*. 2018 Feb;7(2):17.
152. Salvatore JE, Gardner CO, Kendler KS. Marriage and reductions in men's alcohol, tobacco, and cannabis use. *Psychological medicine*. 2020 Nov;50(15):2634-40.
153. Climent Díaz B, Cancino Botello MC, Dragoi A. Bebidas energizantes. *Rev. esp. drogodepend.* 2013;377-90.
154. Europa Press Data (internet). 2017 [2022]. Disponible en <https://www.epdata.es/datos/juego-online-espana-datos-estadisticas/161>

- 155.Lahiguera DR, de Fortuny BB, Gironella TC, Rodriguez TF, Ruiz PS, Franch-Nadal J, del CAP RS, Grupo de Estudio del Sinhogarismo. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. Atención Primaria. 2022 Oct 1;54(10):102458.
- 156.Confederación Salud Mental España. Apuntes sobre Patología Dual. Propuestas de la Red Salud Mental España (Internet). 2022 [2022] Disponible en <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6052>
- 157.Kim B, Merlo AV. Domestic Homicide: A Synthesis of Systematic Review Evidence. Trauma, violence, & abuse. 2021;1:18.
- 158.Giacchetti N, Roma P, Pancheri C, Williams R, Meuti V, Aceti F. Personality traits in a sample of Italian filicide mothers. Rivista di psichiatria. 2019 Mar 1;54(2):67-74.
- 159.Oxley JA, Montrose VT, Feldman MD. Pets and human suicide. Journal of the American Veterinary Medical Association. 2016 Oct 1;249(7):740-1.
- 160.Cynkier P. Utility of homicide-suicide constructs in forensic psychiatry. Psychiatria Polska. 2022 Jun 30;56(3):591-602.
- 161.Van Oorsouw KI, Merckelbach H. Detecting malingered memory problems in the civil and criminal arena. Legal and Criminological Psychology. 2010 Feb;15(1):97-114.
- 162.Bryan CJ, Butner JE, May AM, Rugo KF, Harris JA, Oakey DN, Rozek DC, Bryan AO. Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. New Ideas in Psychology. 2020 Apr.
- 163.Rodríguez E, Calderón D, Kuric S, Sanmartín A. Barómetro Juventud y Género 2021. Identidades, representaciones y experiencias en una realidad social compleja. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad.

164. Lorente-Acosta M, Lorente-Martínez M, Lorente-Martínez M. Impacto de la pandemia por COVID-19 y el confinamiento en los homicidios por violencia de género en España. *Revista Española de Medicina Legal*. 2022 Jan 1;48(1):36-43.
165. Rubio Eire, JV. Las atenuantes por analogía: doctrina y supuestos concretos de aplicación. *elderecho.com* (Internet). 2014 [2022]. Disponible en <https://elderecho.com/las-atenuantes-por-analogia-doctrina-y-supuestos-concretos-de-aplicacion>
166. Minero VA, Barker E, Bedford R. Method of homicide and severe mental illness: A systematic review. *Aggression and violent behavior*. 2017 Nov 1;37:52-62.
167. Putkonen H, Collander J, Honkasalo ML, Lönnqvist J. Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among female offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*. 2001 Jan 1;12(2):300-12.
168. Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM. Filicide: mental illness in those who kill their children. *PloS one*. 2013 Apr 4;8(4):e58981.
169. Bryan CJ, Bryan AO, Anestis MD. Associations among exaggerated threat perceptions, suicidal thoughts, and suicidal behaviors in US firearm owners. *Journal of psychiatric research*. 2020 Dec 1;131:94-101.
170. Greenspan S. Borderline intellectual functioning: an update. *Current opinion in psychiatry*. 2017 Mar 1;30(2):113-22.
171. Newbury-Helps J, Feigenbaum J, Fonagy P. Offenders with antisocial personality disorder display more impairments in mentalizing. *Journal of personality disorders*. 2017;31(2):232-55.
172. García EH. Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG). *Estudios Penales y Criminológicos*. 2021 Dec 29;41:59-135.

173. Crisanti AS, Frueh BC. Risk of trauma exposure among persons with mental illness in jails and prisons: what do we really know?. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011 Sep 1;24(5):431-5.
174. Baillargeon J, Penn JV, Knight K, Harzke AJ, Baillargeon G, Becker EA. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2010 Jul;37(4):367-74.
175. de Waal MM, Christ C, Dekker JJ, Kikkert MJ, Lommerse NM, van den Brink W, Goudriaan AE. Factors associated with victimization in dual diagnosis patients. *Journal of substance abuse treatment*. 2018 Jan 1;84:68-77.
176. Eggink E, de Waal MM, Goudriaan AE. Criminal offending and associated factors in dual diagnosis patients. *Psychiatry research*. 2019 Mar 1;273:355-62.
177. Schifano F, Zangani C, Chiappini S, Guirguis A, Bonaccorso S, Corkery JM. Substance-use disorders and violence. In *Violence and mental disorders 2020* (pp. 95-114). Springer, Cham.
178. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Jackson DB. The complex genetic and psychosocial influences on polysubstance misuse. *Current Opinion in Psychology*. 2019 Jun 1;27:62-6.
179. Schellekens AF, van den Brink W, Kiefer F, Goudriaan AE. Often overlooked and ignored, but do not underestimate its relevance: ADHD in addiction—Addiction in ADHD. *European Addiction Research*. 2020;26(4-5):169-72.
180. Luderer M, Quiroga JA, Faraone SV, Zhang-James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021 Sep 1;128:648-60.

- 181.Luderer M, Sick C, Kaplan-Wickel N, Reinhard I, Richter A, Kiefer F, Weber T. Prevalence estimates of ADHD in a sample of inpatients with alcohol dependence. *Journal of Attention Disorders*. 2020 Dec;24(14):2072-83.
- 182.van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJ, van den Brink W, Schoevers RA. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug and alcohol dependence*. 2019 Apr 1;197:28-36.
- 183.Miranda J, Barbosa M, Figueiredo I, Mota P, Tarelho A. Treating addiction with psychedelics-are we waking up?. *European Psychiatry*. 2021 Apr;64(S1):S575-6.
- 184.Rosenbaum D, Weissman C, Anderson T, Petranker R, Dinh-Williams LA, Hui K, Hapke E. Microdosing psychedelics: demographics, practices, and psychiatric comorbidities. *Journal of Psychopharmacology*. 2020 Jun;34(6):612-22.
- 185.Aguilera Manrique G, Zaldívar Basurto F. Opinión de los jueces (derecho penal y de familia) sobre el informe psicológico forense. *Anuario de psicología jurídica*. 2003 Feb 1;13(1):95-122.
- 186.Rhode DL. Character in criminal justice proceedings: rethinking its role in rules governing evidence, punishment, prosecutors, and parole. *American Journal of Criminal Law*. 2019 Apr 1;45(2).
- 187.Dobash RE, Dobash RP, Cavanagh K, Lewis R. Not an ordinary killer—Just an ordinary guy: When men murder an intimate woman partner. *Violence against women*. 2004 Jun;10(6):577-605.
- 188.World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. (Internet) 2021 [2022]

Disponible en
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>

189. Doncel EB, Moreno FB. Las estadísticas de criminalidad sexual en España: una propuesta de caracterización. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*. 2021(50):137-74.
190. Mojahed A, Alaidarous N, Shabta H, Hegewald J, Garthus-Niegel S. Intimate partner violence against women in the Arab countries: a systematic review of risk factors. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022 Apr;23(2):390-407.
191. Miles C, Condry R, Windsor E. Parricide, mental illness, and parental proximity: the gendered contexts of parricide in England and Wales. *Violence against women*. 2022 Apr 12:10778012221077127.
192. Bojanić L, Flynn S, Gianatsi M, Kapur N, Appleby L, Shaw J. The typology of parricide and the role of mental illness: Data-driven approach. *Aggressive behavior*. 2020 Nov;46(6):516-22.
193. Abrams RC, Leon AC, Tardiff K, Marzuk PM, Sutherland K. “Gray murder”: Characteristics of elderly compared with nonelderly homicide victims in New York City. *American Journal of Public Health*. 2007 Sep;97(9):1666-70.
194. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado* 2020; 215. Títulos I y I
195. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado* 2020; 215. Título V
196. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado* 2020; 215. Disposición final sexta, Disposición Final novena

197. Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Sección 1 Sentencia Penal Nº 444/2020, Rec 10098/2020. 2020 Sept 14 (Internet). 2020 [2022] Disponible en <https://www.poderjudicial.es/search/AN/openCDocument/e5e0cf323aea82eb10b129baa45c19bfc7ff3b2f32b5824a>

ANEXO I: ESCALA EPR-V

I. Datos Personales	Valoración
1. Procedencia extranjera del agresor o de la víctima	0 o 1
II. Situación de la relación de pareja	Valoración
2. Separación reciente o en trámites de Separación	0 o 1
3. Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento	0 o 2
III. Tipo de violencia	Valoración
4. Existencia de violencia física susceptible de causar lesiones	0 o 2
5. Violencia física en presencia de los hijos u otros familiares	0 o 2
6. Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos en el último mes	0 o 3
7. Amenazas graves o de muerte en el último mes	0 o 3
8. Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo	0 o 3
9. Intención clara de causar lesiones graves o muy graves	0 o 3
10. Agresiones sexuales en la relación de pareja	0 o 2
IV. Perfil del agresor	Valoración
11. Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja	0 o 3
12. Historial de conductas violentas con una pareja anterior	0 o 2
13. Historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo, etc.)	0 o 3
14. Consumo abusivo de alcohol y/o drogas	0 o 3
15. Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos	0 o 1
16. Conductas de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento	0 o 3
17. Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés) o por la provocación de la víctima	0 o 3
V. Vulnerabilidad de la víctima	Valoración
18. Percepción de la víctima de peligro de muerte en el último mes	0 o 3
19. Intentos de retirar denuncias previas o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor	0 o 3
20. Vulnerabilidad de la víctima por razón de enfermedad, soledad o dependencia	0 o 2
VALORACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA GRAVE ☐ Bajo (0-9) ☐ Moderado (10-23) ☐ Alto (24-48)	

ANEXO II: ESCALA VFR_{5.0}-H

1.-HISTORIA DE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA	Respuestas
Indicador 1: Violencia psicológica (vejaciones, insultos y humillaciones)	SI NO N/S
1.1 Intensidad de la violencia psicológica	Leve Grave Muy grave
Indicador 2: Violencia física	SI NO N/S
2.1 Intensidad de la violencia física	Leve Grave Muy grave
Indicador 3: Sexo forzado	SI NO N/S
3.1 Intensidad de la violencia sexual	Leve Grave Muy grave
Indicador 4: Empleo de armas u objetos contra la víctima	SI NO N/S
4.1 Arma blanca 4.2. Arma de fuego 4.3. Otros objetos	
Indicador 5: Existencia de amenazas o planes dirigidos a causar daño a la víctima	SI NO N/S
5.1 Intensidad de las amenazas	Leve Grave Muy grave
5.2 Amenazas de suicidio del agresor	SI NO
5.3 Amenazas de muerte del agresor dirigidas a la víctima	SI NO
Indicador 6: En los últimos seis meses se registra un aumento de la escalada de agresiones o amenazas	SI NO N/S
2.-CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR	
Indicador 7: En los últimos seis meses, el agresor muestra celos exagerados o sospechas de infidelidad	SI NO N/S
Indicador 8: En los últimos seis meses, el agresor muestra conductas de control	SI NO N/S
Indicador 9: En los últimos seis meses, el agresor muestra conductas de acoso	SI NO N/S
Indicador 10: Existencia problemas en la vida del agresor en los últimos seis meses	SI NO N/S
10.1 Problemas laborales o económicos	SI NO
10.2 Problemas con el sistema de justicia	SI NO
Indicador 11: En el último año el agresor produce daños materiales	SI NO N/S
Indicador 12: En el último año se registran faltas de respeto a la autoridad o a sus agentes	SI NO N/S
Indicador 13: En el último año agrede físicamente a terceras personas y/o animales	SI NO N/S
Indicador 14: En el último año existen amenazas o desprecios a terceras personas	SI NO N/S
Indicador 15: Existen antecedentes penales y/o policiales del agresor	(*)
Indicador 16: Existen quebrantamientos previos o actuales (cautelares o penales)	(*)

Indicador 17: Existen antecedentes de agresiones físicas y/o sexuales	SI NO N/S
Indicador 18: Existen antecedentes de violencia de género sobre otra/s pareja/s	(*)
Indicador 19: Presenta problemas un trastorno mental y/o psiquiátrico	SI NO N/S
Indicador 20: Presenta ideas o intentos de suicidio	SI NO N/S
Indicador 21: Presenta algún tipo de adicción o conductas de abuso de tóxicos (alcohol, drogas y fármacos)	SI NO N/S
Indicador 22: Presenta antecedentes familiares de violencia de género o doméstica	SI NO N/S
Indicador 23: El agresor tiene menos de 24 años	SI NO N/S
3.-FACTORES DE RIESGO / VULNERABILIDAD DE LA VÍCTIMA	
Indicador 24: Existencia de algún tipo de discapacidad, enfermedad física o psíquica grave	SI NO N/S
Indicador 25: Víctima con ideas o intentos de suicidio	SI NO N/S
Indicador 26: Presenta algún tipo de adicción o conductas de abuso de tóxicos (alcohol, drogas y fármacos)	SI NO N/S
Indicador 27: Carece de apoyo familiar o social favorable	SI NO N/S
Indicador 28: Víctima extranjera	SI NO
4.-CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LOS MENORES	
Indicador 29: La víctima tiene a su cargo menores de edad	SI NO N/S
Indicador 30: Existencia de amenazas a la integridad física de los menores	SI NO N/S
Indicador 31: La víctima teme por la integridad de los menores	SI NO N/S
5.-CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES	
Indicador 32: La víctima ha denunciado a otros agresores en el pasado	(*)
Indicador 33: Se han registrado episodios de violencia lateral recíproca	SI NO N/S
Indicador 34: La víctima ha expresado al agresor su intención de romper la relación hace menos de seis meses	SI NO N/S
Indicador 35: La víctima piensa que el agresor es capaz de agredirla con mucha violencia o incluso matarla	SI NO N/S

*Estos ítems son completados automáticamente por el programa VioGén.

ANEXO III: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

CÓDIGO:

Caso/Control:

- (1) Control.
- (2) Caso.

Homicidio:

- (1) Consumado
- (2) Tentativa

Fecha de los hechos:

- ____/____/____

Mecanismo utilizado:

- (1) Estrangulamiento/Asfixia
- (2) Golpes/Objeto contundente
- (3) Arma blanca
- (4) Arma de fuego
- (5) Envenenamiento
- (6) Otros
- (7) Mixto

Edad:

- _____

Nacionalidad:

- (1) Española
- (2) Europa Occidental.
- (3) Europa del Este.
- (4) Estados Unidos y Canadá.
- (5) Hispanoamérica y Brasil.
- (6) Norte de África y Oriente Medio.
- (7) África Subsahariana.
- (8) Asia.
- (9) Oceanía.

Relación con Víctima:

- (1) Casado/P.Hecho/Conv.
- (2) Pareja no Conviviente
- (3) Expareja <30 días
- (4) Expareja 31-90 días
- (5) Expareja 91-365 días
- (6) Expareja >365 días
- (7) Familiar de 1º grado
- (8) Familiar de 2º grado
- (9) Otros

Trabajo Sujeto:

- (1) Empleado
- (2) Desempleado
- (3) Incapacitado/Pensionista

Estudios:

- (1) Sin estudios, Analfabeto
- (2) Sin estudios, Alfabetizado
- (3) Estudios Primarios
- (4) Estudios Secundarios (ESO)
- (5) Bachillerato/Formación Profesional
- (6) Universitario/Superior

Nivel socioeconómico.

- (1) Bajo
- (2) Medio
- (3) Alto

Antecedentes Familiares Violencia.

- (1) Ausentes
- (2) Presentes

Antecedentes Penales:

- (1) Violencia de Género
- (2) Otros delitos con Violencia
- (3) Otros
- (4) No antecedentes penales

Número de ingresos en Prisión

- _____

Esquizofrenia y Otros T.Psicóticos

- (1) Ausente
- (2) Presente

T. Bipolar y Relacionados

- (1) Ausente
- (2) Presente

T. Bipolar, clínica activa

- (1) No clínica activa
- (2) Clínica maniforme activa
- (3) Clínica depresiva activa

T. Depresivo

- (1) Ausente
- (2) Presente

T. Ansiedad

- (1) Ausente
- (2) Presente

T. Mental Inducido por Sustancias

- (1) Ausente
- (2) Presente

Otros T. Mentales

- (1) Ausentes
- (2) Presentes

Antecedentes Familiares TM/Consumo Sustancias

- (1) Ausentes
- (2) Presentes

Número Hospitalizaciones

- _____

Seguimiento Ambulatorio

- (1) No
- (2) Por Atención Primaria
- (3) Por Especialista

Tipo de Seguimiento

- (1) No seguimiento
- (2) Regular
- (2) Irregular/Abandono

Último Contacto Médico Antes de los Hechos

- (1) 5 días o menos
- (2) 6-15 días
- (3) 16-30 días
- (4) 31 días o más

Tratamiento Farmacológico

- (1) No
- (2) Regular
- (3) Irregular/Abandono

Tratamiento Psicológico

- (1) No
- (2) Regular
- (3) Irregular/Abandono

Criterios de T.Mental Grave

- (1) No
- (2) Si

Inteligencia

- (1) Normal
- (2) Límite
- (3) Discapacidad Intelectual

Alteraciones del Neurodesarrollo

- (1) No
- (2) TDAH
- (3) Epilepsia

Alteraciones Conducta en la Infancia

- (1) No
- (2) Si

TP Diagnosticado

- (1) No
- (2) Clúster A
- (3) Clúster B
- (4) Clúster C

TP Sospechado

- (1) No
- (2) Clúster A
- (3) Clúster B
- (4) Clúster C

ALCOHOL**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

CANNABIS**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

FENCICLIDINA**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

OTROS ALUCINÓGENOS**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

INHALANTES**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

OPIÁCEOS**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

COCAÍNA**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

ANFETAMINAS**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

OTRAS SUSTANCIAS**Intoxicación durante hechos.**

- (1) No
- (2) Si

Consumo regular actual.

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de consumo.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Abuso.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Dependencia.

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Remisión.

- (1) No
- (2) Si

Adicciones comportamentales

- (1) Ausente
- (2) Presente

Antecedentes de Seguimiento en UCA

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de Desintoxicación Hospitalaria

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de estancia en Centro de Deshabitación/Comunidad Terapéutica.

- (1) No
- (2) Si

Policonsumo de sustancias

- (1) No
- (2) Si

Criterios de Patología Dual

- (1) No
- (2) Si

Antecedentes de Intento de Suicidio

- (1) No
- (1) Si

Intento de Suicidio tras los Hechos

- (1) No
- (2) Si

Gravedad Intento de Suicidio tras los Hechos (Escala SALSA)

- (1) Leve (5-9)
- (2) Moderado (10-14)
- (3) Grave (15-19)
- (4) Muy Grave (20-25)

Reconocimiento Hechos

- (1) No
- (2) Si
- (3) Olvido

Conclusiones Informe M-F

- (1) Eximente Completa
- (2) Eximente Incompleta
- (3) Atenuante

- (4) No Eximente/Atenuante

Conclusiones Sentencia

- (1) Eximente Completa
- (2) Eximente Incompleta
- (3) Atenuante
- (4) No Eximente/Atenuante

Motivación:

- (1) Discusión
- (2) Interpersonal
- (3) Económico
- (4) I. Delirante
- (5) Otros/Desconocido.

ANEXO IV: CRITERIOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

Según Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (100)

Criterios diagnósticos

Por lo menos uno de los siguientes diagnósticos:

- Trastornos esquizofrénicos.
- Trastorno esquizotípico.
- Trastornos delirantes persistentes.
- Trastornos delirantes inducidos.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- Trastorno bipolar.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Trastornos depresivos graves recurrentes.
- Trastorno obsesivo compulsivo.

Duración de la enfermedad

Evolución de la enfermedad durante de mínimo 2 años, marcado empeoramiento en los 6 meses anteriores a la evaluación.

Alternativamente, 2 o más hospitalizaciones en unidad de psiquiatría, o estancia en unidad psiquiátrica de media/larga estancia.

Presencia de discapacidad

Dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

ANEXO V: ESCALA SALSA

Scale for assessment of lethality of suicide attempt (105)

- 1. Letalidad del Método.**
 - a.** Ninguna o cuestionable: Recuperación segura.
 - b.** Leve: Posibilidad de muerte como complicación secundaria.
 - c.** Moderada: Posibilidad media de muerte.
 - d.** Alta: Muerte bastante probable.
 - e.** Extrema: Muerte es el resultado habitual, posibilidad de supervivencia mínima.
- 2. Rescatabilidad.**
 - a.** Alta: fácilmente rescatable.
 - b.** Alta-moderada.
 - c.** Moderada: 50/50.
 - d.** Moderada-Baja.
 - e.** Baja: mínima posibilidad de rescate.
- 3. Consecuencias físicas.**
 - a.** Ninguna o inespecíficas.
 - b.** Síntomas leves.
 - c.** Síntomas moderados.
 - d.** Síntomas severos.
 - e.** Síntomas muy severos, fallos orgánicos.
- 4. Necesidad de atención médica.**
 - a.** Ninguna/observación.
 - b.** Primeros auxilios.
 - c.** Asistencia en Urgencias.
 - d.** Ingreso hospitalario.
 - e.** Ingreso en UCI.
- 5. Impresión global de letalidad.**
 - a.** Mínima: Muerte imposible o altamente improbable.
 - b.** Baja: Muerte improbable.
 - c.** Moderada: muerte probable.
 - d.** Alta: Muerte muy probable.
 - e.** Extremadamente alta: muerte casi segura.