

Alfonso Allué Fuentes

Juez Sustituto adscrito al Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana
Socio de la FICP.

~El tratamiento penal de los delincuentes con trastorno de personalidad~

I. INTRODUCCIÓN

El tratamiento concedido en el Derecho penal y en la dimensión penitenciaria a los condenados a penas privativas de libertad afectados por trastornos de la personalidad adolece de unas carencias que no son comparables con el cumplimiento de las penas de prisión impuestas a quienes no padecen aquellas patologías. Una vez enmarcado el ámbito de naturaleza puramente clínica para el diagnóstico de dichas afecciones, junto con los diferentes tratamientos para su más correcto abordaje, tanto farmacológico como psicoterapéutico, conviene analizar la situación desde el conocimiento del recorrido jurisprudencial relacionado con estas enfermedades – a los efectos de apreciar una exención o una atenuación de la responsabilidad criminal - y de las dificultades de aplicación material de los diferentes medios disponibles, para comprender cómo se relaciona el Derecho penal con las necesidades de tratamiento que surgen cuando el delincuente no controla total o parcialmente sus capacidades psíquicas.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. En una primera aproximación se puede considerar como trastornos de la personalidad un conjunto de perturbaciones o de anormalidades que afectan a los ámbitos emocional, afectivo, motivacional y de relación social, generando en las personas que los padecen unas limitaciones mayores que las producidas por los trastornos neuróticos. Estas irregularidades parten de una anómala respuesta al estrés y permanecen con estabilidad temporal, excediendo de un mero conjunto de síntomas que obedecen a una determinada situación¹.

Es necesario diferenciar, a efectos conceptuales, entre la neurosis y los trastornos de la personalidad. En la neurosis los síntomas son autoplásticos, es decir, repercuten en perjuicio y sufrimiento del neurótico, mientras que en los trastornos de la personalidad

¹ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía y medidas de seguridad, Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014, pp. 131-132.

son aloplásticos, repercuten en los demás y son aceptados por la persona, que se encuentra bien en su situación y no percibe un sufrimiento emocional que deba aprender a evitar porque lo considera sin referencia a sí misma y como algo propio de su manera de ser y de comportarse. Otro elemento diferenciador consiste en que en la patología neurótica se da una lucha contra los propios impulsos inaceptables, mientras que la patología de la personalidad se desenvuelve en un contexto de relación entre personas a las que el afectado considera insoportables, lo que complica su tratamiento².

2. Acerca de esta cuestión es fácil incurrir en una confusión terminológica como consecuencia de la diversidad de conceptos y de clasificaciones existentes, lo que también deriva sus efectos hacia las implicaciones forenses que en su caso se vean concernidas. Para evitar estas disparidades indeseables se han elaborado dos criterios de referencia a nivel internacional para lograr la unificación de los diagnósticos: el CIE-10 y el DSM-V³. De conformidad con este último, un trastorno de la personalidad consiste en “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la expectativas de la cultura del sujeto”, caracterizándose por su inicio en la adolescencia o en el principio de la edad adulta y su estabilización en el tiempo, comportando malestar o perjuicios para la persona. Ciñéndonos al DSM-V, los trastornos de la personalidad se pueden reunir en tres grupos atendiendo a las características de cada uno:

- Grupo A, referido a personas extrañas o excéntricas que padecen trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos.
- Grupo B, formado por personas con propensión al dramatismo y con conductas erráticas, presentando trastornos histriónicos, narcisistas, antisociales y límites.
- Grupo C, que abarca a personas con tendencias ansiosas y temerosas con trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivos.

² GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., loc. cit, p. 132.

³ El CIE-10, publicado por la Organización Mundial de la Salud, clasifica los trastornos mentales y del comportamiento, al igual que hace el DSM-V que publica la Asociación Americana de Psiquiatría. Ambos gozan de un amplio consenso entre psiquiatras, diferenciándose en que el DSM-V sólo se refiere a las enfermedades mentales en tanto que el CIE-10, además, efectúa su valoración.

III. TRATAMIENTOS APLICABLES A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. Para lograr unos objetivos terapéuticos mínimos se ha destacado la importancia de acudir al suministro de psicofármacos como apoyo para la terapia psicológica. Así, dependiendo del grupo en que se haya clasificado al sujeto en función del trastorno que sufre será más adecuada una u otra medicación relacionada con los problemas asociados a los trastornos de la personalidad (como los síntomas psicóticos, la depresión o la ansiedad). A título meramente informativo, en pacientes con trastornos del grupo A son eficaces la pimozina, la mesorizadina, el haroperidol y la fluoxetina; si se trata de pacientes del grupo B se administra trifluoperzina, clozapina y valproato; los trastornos del grupo C se tratan con fenelzina, fluoxetina y clonacepam⁴.

2. En el ámbito de las terapias psicológicas se trata de alcanzar la regulación de los pensamientos y las emociones del sujeto con la ayuda de un profesional competente. Para ello se acude principalmente a tres tipos de terapias:

a) Psicoterapia psicodinámica, en la que se tiene en cuenta que ciertos patrones de comportamiento en la edad adulta tienen su origen en experiencias negativas de la primera infancia, por lo que conviene explorar las distorsiones que afectan al pensamiento y a las creencias para entender cómo aparecieron y poder así superar su influencia.

b) Terapia cognitiva-conductual, basada en el hecho de que el modo de pensar en una situación determina también el modo de actuar en la misma, y, viceversa, la manera de actuar llega a afectar a lo que se piensa y se siente. Aquí la terapia consiste en modificar tanto la cognición (el acto de pensar) como el comportamiento, lo que permite abrir el camino de la dialéctica conductual, en la que se trabaja el control de la inestabilidad emocional para adquirir conductas positivas.

c) Terapia interpersonal, que parte de la premisa de que las relaciones interpersonales y con el entorno influyen en la salud mental, de suerte que el objetivo del terapeuta es conocer los aspectos negativos de dichas relaciones para lograr su resolución⁵.

⁴ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía..., Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014, pp. 149-151.

⁵ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., loc. cit., p. 152.

3. Sin embargo, la realidad es que no existe ninguna terapia psicológica eficaz para los trastornos de la personalidad, si bien en el trastorno límite la terapia cognitiva-conductual y la de conducta clásica tienen suficientes avales para ser consideradas de “eficacia probable” en su tratamiento. Las demás terapias, tanto si se orientan a los trastornos de la personalidad en general como a los particulares de cada trastorno, sólo pueden considerarse experimentales⁶.

4. El trastorno límite de la personalidad, en cuanto es el menos complicado de tratar, responde bien a la terapia de comportamiento dialéctico (la cognitiva-conductual), como demuestra el dato de que los participantes en la misma refieren un desarrollo más positivo de la introyección⁷ y mejoras en la autoestima, con disminución de los autoataques, incluso en el período de seguimiento posterior al tiempo de tratamiento⁸.

Respecto de los demás trastornos no se debe concluir que los tratamientos tengan que fracasar, toda vez que se han obtenido buenos resultados en pacientes de diferentes grupos. Por ejemplo, los pacientes del grupo C se recuperan más pronto y necesitan menos tiempo de tratamiento que los del grupo B, donde se sitúan los psicópatas; además, se incrementa la capacidad del sujeto para formar vínculos interpersonales que anuncian una predisposición positiva a la terapia y a la alianza con el terapeuta.

Por otra parte, existen factores que ayudan a la remisión de los síntomas como la duración del tratamiento, el diagnóstico, la gravedad del trastorno o el funcionamiento interpersonal y social, todo lo cual constituye una base para aplicar un tratamiento especializado que se pueda centrar en el trastorno de la personalidad propio de cada individuo⁹. En este sentido se ha dicho que la propia personalidad debería guiar la terapia, combinando las diferentes terapias según el problema de personalidad y sus características que afecte al paciente, es decir, orientar el proceso de la terapia con las diversas técnicas al alcance de la Psicología en función de la personalidad trastornada,

⁶ QUIROGA ROMERO, E. / ERRASTI PÉREZ, J.M., Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad, *Psicothema*, Vol. XIII, núm. 3, 2001, pp. 393-406.

⁷ El Diccionario de la RAE la define como “proceso inconsciente por el cual un sujeto incorpora actitudes, ideas, creencias, etc., de un individuo o grupo de individuos, previa identificación con ellos”.

⁸ BEDICS, J.D. et al., Las diferencias de tratamiento en la relación terapéutica e introyección durante un ensayo aleatorio controlado de dos años de la terapia conductual dialéctica contra expertos de psicoterapia no conductuales para el trastorno límite de la personalidad, *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*, Vol. 80, 2012, pp. 66-77.

⁹ PERRY, J.C. / BOND, M., Estudios empíricos sobre psicoterapia en los trastornos de personalidad, en Gunderson, J.G. / Gabbard, G.O. (Dir.), *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*, Barcelona, 2002, pp. 2-32.

aunque sin dejar de tener en cuenta que el abordaje terapéutico puede complicarse a causa de factores como la edad del paciente, su grado de motivación, la cronicidad de su comportamiento o la gravedad de los delitos cometidos¹⁰.

No obstante todo ello, es recomendable que el abordaje terapéutico de los trastornos de la personalidad se realice adoptando unas fases estandarizadas en los distintos niveles de asistencia, siendo aquéllas aplicables en las unidades y programas ambulatorios - si bien en función del modelo psicoterapéutico propuesto -, en la hospitalización parcial – sobre todo para pacientes del grupo B con trastornos graves, destinados a hospital de día – y en la hospitalización específica para trastornos de la personalidad graves. Una vez coordinados adecuadamente estos tres niveles se conseguiría el abordaje terapéutico de estos trastornos, que además pueden beneficiarse de la denominada “terapia de esquemas”, una psicoterapia innovadora que integra diferentes elementos para obtener un enfoque unificado, sistemático y efectivo del tratamiento¹¹.

IV. IMPUTABILIDAD Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

1. Una vez introducidos, siquiera sea someramente, en la dimensión clínica de los TP, conviene observar cuál ha sido la evolución de la doctrina de la Sala Segunda del Tribunal Supremo respecto del tratamiento judicial dispensado a los mismos en relación con la imputabilidad del sujeto¹².

a) En una primera etapa se vino negando que los trastornos de la personalidad fuesen enfermedades mentales, por lo que no merecían la aplicación de la eximente, completa ni incompleta, de enajenación mental (término caracterizador de dichas afecciones que estuvo vigente hasta la entrada en vigor del Código Penal de 1995). Los psicópatas eran considerados sujetos normales, apreciándose a lo sumo que padecían trastornos de la afectividad que, sin embargo, no llegaban a perjudicar su raciocinio ni a

¹⁰ STONE, M.H., Grados de antisocialidad y respuesta a las terapias psicosociales, en Gunderson, J.G. / Gabbard, G.O. (Dir.), Psicoterapia de los trastornos de la personalidad, Barcelona, 2002, pp. 65-94.

¹¹ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía..., Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014, pp. 156-157.

¹² CANEO, C., Trastornos de personalidad e imputabilidad, Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. I, núm. 8, pp. 90-99.

su libertad de decisión, lo que permitía en tales casos apreciar una atenuante analógica¹³.

b) Posteriormente, tras la publicación de la novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9) se aceptó la psicopatía como enfermedad mental, lo que motivó un importante giro jurisprudencial gracias al cual se concluyó, basándose en el CIE-9, que el psicópata es un enfermo mental (STS de 29 de febrero de 1988), debiendo notarse que aún el Tribunal Supremo utilizaba de forma indistinta los términos “trastornos de la personalidad” y “psicopatía”¹⁴.

c) Cuando el Código Penal de 1995 sustituye el término “enajenación mental” por el de “anomalía o alteración psíquica” en su art. 20.1º, la Sala Segunda pasa a reconocer que el trastorno de la personalidad, aunque para algunos no sea una enfermedad mental, sí es una anomalía psíquica a los efectos de la exención completa o incompleta de la responsabilidad criminal, como afirma la STS de 18 de abril de 2006¹⁵.

2. La STS 5100/2013, de 7 de octubre, resulta ilustrativa para explicar la posición de la Sala Segunda en orden a apreciar la eximente o la atenuante analógica de anomalía psíquica. En el caso enjuiciado la recurrente combatía la atenuante analógica que había apreciado la sentencia de instancia en el entendimiento de que la acusada, aun padeciendo un trastorno psicótico crónico con ideas delirantes y de tipo depresivo, no se encontraba descompensada en el momento de la comisión del hecho, por lo que no tenía gravemente disminuida su capacidad cognitiva y volitiva; por tanto, la cuestión a dilucidar versaba sobre si dicho trastorno era suficiente para aplicar, como se hizo, la atenuante analógica y por tanto la pena en su porción mínima.

Acerca de esta cuestión el Tribunal Supremo interpreta que en los supuestos de presencia de un trastorno psicótico en el sujeto activo habrá de ponderarse en el caso concreto si la afección ha resultado relevante para determinar la desestabilización del autor del hecho en el momento de su realización, en función de si a efectos de valorar su imputabilidad el sujeto se encontraba o no bajo los efectos de un brote psicótico. Si en esos instantes lo padecía, procede estimar una eximente completa o incompleta de la

¹³ Véanse las SSTS de 14 de febrero de 1956, 23 de mayo de 1957, 10 de junio de 1970, 11 de octubre de 1987 y 10 de mayo de 1988.

¹⁴ En la STS 535/2006, de 3 de mayo, se recoge que la psiquiatría actual ya ha sustituido la expresión psicopatía por la de trastornos de la personalidad, los cuales son deficiencias psicológicas que, sin llegar a la psicosis, afectan a la organización y cohesión de la personalidad y al equilibrio emocional y volitivo.

¹⁵ La sentencia va incluso más allá y declara que “las psicopatías no tienen análoga significación a las anomalías psíquicas, sino que literalmente lo son”.

responsabilidad, en tanto que si no se hallaba bajo sus efectos – no obstante padecer el trastorno –, y sin acreditación de una merma considerable de su capacidad de autocontrol, se constituiría una atenuación analógica de carácter simple, por cuanto concurre el elemento psicológico normativo de la atenuante (tal sucede cuando la persona actúa en una fase de su enfermedad psicótica no descompensada o desestabilizada, pero influida por el residuo biopatológico que deja aquélla, aunque sin merma sustancial de sus facultades psíquicas).

Respecto de la eximente completa la jurisprudencia la aplica muy restrictivamente, limitándola a la presencia de trastornos que aparecen combinados con otros factores, como el consumo de alcohol o de drogas, lo cual desemboca en una alteración de los frenos inhibitorios con pérdida de la capacidad volitiva, en cuanto elemento exigido por el Código penal para la aplicación de la eximente¹⁶.

V. ÁMBITOS PARA EL TRATAMIENTO Y DIFICULTADES

1. Una vez reconocida la concurrencia de la eximente completa o incompleta de anomalía o alteración psíquica se aplica la correspondiente medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico, siempre con un contenido terapéutico, cuya introducción permite el reconocimiento de un avance en la atención psicoterapéutica y rehabilitadora de quienes padecen trastornos psíquicos, si bien no faltan posiciones doctrinales que muestran su pesimismo acerca de la eficacia de estos tratamientos sobre la base de estas personas ni tienen conciencia de enfermedad ni consideran que necesiten ayuda terapéutica, lo que hace previsible un escaso éxito terapéutico. A ello debe añadirse la ausencia de programas específicos de tratamiento de los trastornos de la personalidad en los centros penitenciarios españoles, factor al que coadyuva la ya mencionada confusión terminológica que abarca todos los cuadros de trastornos con el término “psicopatía”.

Fuera del ámbito penitenciario sí existen programas de tratamiento específicos. Lo que sucede es que el Código penal sólo menciona el internamiento en un centro psiquiátrico, sin concretar su naturaleza: un hospital, otro establecimiento de salud comunitario o un centro psiquiátrico penitenciario. Así se desprende de la Ley Orgánica General Penitenciaria cuando habla de establecimientos especiales y de centros psiquiátricos (arts. 7.c y 11.b), así como del Reglamento Penitenciario al contemplar el

¹⁶ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía..., Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014, pp. 138-139.

ingreso en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias (art. 184.b) a efectos de cumplimiento de la resolución judicial. Y parecidamente se pronuncia el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, cuyo art. 21 habilita a la Administración Penitenciaria para la ejecución de las medidas de seguridad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria, concediendo en su art. 20 que pueda llevarse a cabo en centros adecuados, públicos o concertados.

El tratamiento podría recibirse en hospitales o establecimientos de salud comunitarios, con preferencia sobre los específicamente penitenciarios¹⁷, si existieran los oportunos convenios con la Administración Penitenciaria, pero no se han celebrado, dificultad que viene a su vez incrementada por el hecho de que en tales centros se permite el ingreso únicamente de sujetos que no tengan cargas legales ni presenten una patología dual, es decir, a aquellos cuyo trastorno de la personalidad no está asociado al abuso y la dependencia de sustancias tóxicas. Ahora bien, la realidad de estas limitaciones y la falta de inversión en recursos materiales y humanos no es incompatible con la consideración de que los afectados por un trastorno de la personalidad experimentan mejoras importantes cuando reciben tratamientos específicos, puesto que son trastornos tratables y adaptables¹⁸.

2. Desde el punto de vista de la práctica en los tribunales es recomendable que la pericia psicológica sea más descriptiva y funcional que categórica, toda vez que al órgano judicial le interesa conocer la realidad psíquica del sujeto, especialmente en el acto del juicio oral, para formarse adecuadamente un criterio de imputabilidad. Sin embargo esta necesidad colisiona con alguna práctica forense que juzga los trastornos de la personalidad no como enfermedades, sino como maneras de ser, sin perjuicio de que desde la publicación del CIE-9 y del DSM-III-R se acepta la dificultad que presentan estas personas para acomodar su comportamiento a la norma penal (y a otras) a pesar de los inconvenientes que ello les ocasiona, a lo que se suma la detección de un pronóstico desfavorable para el tratamiento y la reinserción social cuando existe un trastorno de la personalidad. Ello no obsta para tomar en cuenta que los tratamientos más destacables son los de carácter médico o psicológico-psiquiátrico, que sin embargo no han sido tenidos en consideración en las penas privativas de libertad ni en las

¹⁷ Éste fue uno de los criterios adoptados en la XII Reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria de 2003.

¹⁸ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía..., Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014, pp. 145-148.

medidas de seguridad. El ámbito penal no responde eficazmente al problema, por cuanto si el delito se comete a causa de un trastorno mental, o éste favorece el riesgo de reincidencia, no resulta útil disminuir la intensidad de la pena si no se acompaña este efecto con alguna medida terapéutica¹⁹.

3. Se hace preciso elaborar un cambio de estrategia, libre de prejuicios sociales, desde el establecimiento de un diagnóstico adecuado y la fijación de unos objetivos realistas, ante el hecho de que es pequeño el número de unidades y programas específicos de tratamiento de los trastornos de la personalidad, sobre todo si se atiende al dato, ya apuntado, de la restricción del acceso a los mismos limitándolo a pacientes sin obstáculos legales ni patologías duales. Fuera de estos casos, los tratamientos especializados quedan reducidos a un abordaje psicoterapéutico y farmacológico bien en un centro de salud no concreto para los trastornos de la personalidad, bien en grupos de terapia cuyos participantes tienen afecciones heterogéneas²⁰.

En relación con ello, en España existen muy pocas unidades psiquiátricas penitenciarias. Tan sólo se cuenta con la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Brians I, en Cataluña (cuyo Estatuto de Autonomía confiere a la Generalitat la competencia para la ejecución de la legislación penitenciaria) y con otros dos hospitales de idéntica naturaleza en Sevilla y Alicante, con la limitación de que este último solamente admite a mujeres²¹. Además, las plazas a ocupar son limitadas y no todas las personas a quienes se ha impuesto una medida de seguridad pueden recibir allí sus tratamientos²².

4. No deja de ser un problema controvertido el de la existencia o no de hospitales psiquiátricos penitenciarios destinados a individuos que, tras la comisión de delitos graves, son condenados a privación de libertad aunque no se les considere responsables o lo sean parcialmente. Ya han desaparecido las anteriores figuras del hospital penitenciario psiquiátrico, que estaba dirigido por funcionarios no médicos y con escasa dotación sanitaria, y la del centro específico para psicópatas, originador de frecuentes

¹⁹ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., loc. cit., p. 158.

²⁰ RUBIO LARROSA, V. et al., Unidades y programas específicos de tratamiento, en Roca Bennisar, M. (Coord.), Trastornos de la personalidad, Barcelona, 2004, pp. 811-848.

²¹ GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía..., Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014, p. 160.

²² Así lo llegó a manifestar Mercedes Gallizo como Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, revelando el alto número de ingresos inadecuados en dichos centros y el hecho de que las Comunidades Autónomas son resistentes a la derivación de estos internos a sus recursos asistenciales.

Disponible en <http://europapress.es/salud/noticia-hospitales-psiquiatricos-penitenciarios-estan-sobreocupados-alto-numero-ingresos-inadecudos-20110524103356.html>

problemas y motines que los funcionarios no podían controlar. La ausencia de estos lugares ha sido paliada con la construcción de los actuales centros penitenciarios psiquiátricos, cuya falta de capacidad numérica ya se ha referido y que están situados en zonas geográficas tan delimitadas que no es posible respetar el criterio de cumplimiento lo más cerca posible de la familia o de la residencia habitual, lo que unido a la falta de recursos evidencia una defectuosa coordinación entre el sistema judicial y el penitenciario²³.

VI. CONCLUSIONES

De todas las reflexiones que anteceden se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1ª. Los trastornos de la personalidad constituyen una respuesta anómala al estrés y permanecen estables en el tiempo, no debiendo ser reducidos a un conjunto de síntomas que sólo aparecen en situaciones ocasionales. Sus variadas denominaciones han dado lugar a confusiones terminológicas que han logrado ser superadas mediante criterios clasificatorios de amplio consenso internacional, principalmente a través del CIE y del DSM en sus diferentes ediciones.

2ª. Los psicofármacos se han revelado como un buen apoyo para el tratamiento de los trastornos de la personalidad junto con las diversas terapias psicológicas que aspiran a regular los pensamientos y las emociones del sujeto. Sin embargo, la aplicación práctica de dichas terapias revela que tienen una eficacia “probable” en los trastornos de la personalidad límites, quedando como experimentales respecto de los demás trastornos, lo que no significa que su aplicación esté llamada a fracasar.

3ª. Es deseable que la terapia sea guiada por la personalidad combinando las diferentes técnicas disponibles, mejorando así el abordaje terapéutico en los sucesivos niveles de asistencia.

4ª. En materia de imputabilidad y trastornos de la personalidad la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido evolucionando desde la negación de su naturaleza patológica hasta su consideración como enfermedades mentales. La Sala Segunda entiende que la aplicación de una eximente, completa o incompleta, de anomalía o alteración psíquica está en función del grado de disminución de la capacidad cognitiva y

²³ CÁCERES GARCÍA, J.M., El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad: del fraude a la crueldad innecesaria.

Disponible en <http://derechopenitenciario.com/fichero.asp?id=2757>

volitiva, en tanto que se recurrirá a la atenuante analógica cuando la conducta haya derivado del residuo patológico dejado por el trastorno de la personalidad pero sin merma sustancial de las facultades psíquicas.

5ª. La eximente incompleta requiere para la jurisprudencia una mayor exigencia para su apreciación, debiendo aparecer el trastorno de la personalidad asociado a otros factores, como el consumo de alcohol o de drogas, para justificar alteración de los frenos inhibitorios con pérdida de la capacidad volitiva.

6ª. En los centros penitenciarios españoles se advierte una falta programas específicos de tratamiento de los trastornos de la personalidad, los cuales sí reciben atención en el ámbito extrapenitenciario. La normativa penitenciaria no especifica la naturaleza que deben tener los centros psiquiátricos para la ejecución de las medidas de seguridad de internamiento, pudiendo interpretarse que a tal efecto resultan eficaces un hospital, otro establecimiento de salud comunitario o un centro psiquiátrico penitenciario, e incluso más abiertamente centros adecuados, públicos o concertados. En cualquier caso conviene que prevalezcan los hospitales o establecimientos de salud comunitarios, con preferencia sobre los específicamente penitenciarios.

BIBLIOGRAFÍA

BEDICS, J.D. ET AL., Las diferencias de tratamiento en la relación terapéutica e introyección durante un ensayo aleatorio controlado de dos años de la terapia conductual dialéctica contra expertos de psicoterapia no conductuales para el trastorno límite de la personalidad, Diario de Consultoría y Psicología Clínica, Vol. 80, 2012.

CÁCERES GARCÍA, J.M., El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad: del fraude a la crueldad innecesaria. Disponible en <http://derechopenitenciario.com/fichero.asp?id=2757>

CANEO, C., Trastornos de personalidad e imputabilidad, Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Vol. I, núm. 8.

GONZÁLEZ COLLANTES, T. / SÁNCHEZ VILANOVA, M., Psicopatía y medidas de seguridad, Estudios Penales y Criminológicos, Vol. XXIV, 2014.

PERRY, J.C. / BOND, M., Estudios empíricos sobre psicoterapia en los trastornos de personalidad, en Gunderson, J.G. / Gabbard, G.O. (Dir.), Psicoterapia de los trastornos de la personalidad, Barcelona, 2002.

QUIROGA ROMERO, E. / ERRASTI PÉREZ, J.M., Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad, Psicothema, Vol. XIII, núm. 3, 2001.

RUBIO LARROSA, V. et al., Unidades y programas específicos de tratamiento, en Roca Bennasar, M. (Coord.), Trastornos de la personalidad, Barcelona, 2004.

STONE, M.H., Grados de antisocialidad y respuesta a las terapias psicosociales, en Gunderson, J.G. / Gabbard, g.o. (Dir.), Psicoterapia de los trastornos de la personalidad, Barcelona, 2002.