

V CONGRESO NACIONAL PENITENCIARIO LEGIONENSE

MEDIDAS DE SEGURIDAD, TRATAMIENTO Y TRATABILIDAD DE LOS SUJETOS CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Tàlia González Collantes

Doctora en Derecho y licenciada en Criminología
Profesora de Derecho Penal de la Universitat de València

1. INTRODUCCIÓN

La imposición de una medida de seguridad privativa de libertad consistente en internamiento en centro psiquiátrico en principio se correlaciona con la exigente completa o incompleta consistente en padecer una anomalía o alteración psíquica, aunque no debería descartarse su aplicación también en casos en los que se aprecie la atenuante analógica del artículo 21.7 en relación con el artículo 21.1 del Código penal, y sea como fuere se debe aspirar siempre con su imposición al tratamiento del sujeto afectado por la misma, lo que significa que debe tener necesariamente un contenido terapéutico. Que es así está claro, pero ello nos lleva a plantearnos una interrogante: ¿qué sucede con los trastornos de personalidad? Para responder a esta cuestión lo primero que tenemos que hacer, y que haremos en este trabajo, es aclarar qué dice el Tribunal Supremo en relación con la imputabilidad de los sujetos con trastornos de personalidad. Hecho esto, explicaremos por qué se le debe dar un contenido terapéutico a la mencionada medida de seguridad. Y en tercer y último lugar, pasaremos a explicar cuáles son los distintos modos de tratamiento que se han venido aplicando a personas que sufren el trastorno indicado y qué concluyen los estudios existentes sobre la eficacia de los mismos.

2. LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO EN RELACIÓN A LA IMPUTABILIDAD DE LOS SUJETOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Como apunte, antes de entrar a analizar la jurisprudencia del tribunal supremo en relación a la imputabilidad de los sujetos con trastorno de personalidad, creemos conveniente advertir que el Tribunal Supremo ha hecho un uso indiferenciado de los términos “trastornos de la personalidad” y “psicopatía”. Se comprueba la confusión conceptual sobre estos cuadros psicopatológicos en diversas resoluciones. Por ejemplo, se habla de psicopatía y en las Sentencias de 14 de febrero de 1956, de 23 de mayo de 1957, y de 10 de junio de 1970 y de trastornos de personalidad en las Sentencias de 11 de octubre de 1987 y 10 de mayo de 1988; en la Sentencia de 29 de febrero de 1988 se vuelve a utilizar el término psicópata, mientras que en otras posteriores prefiere hablar de trastorno de personalidad, aunque no en todas. Sin embargo, justo es reconocer que dicho Tribunal es plenamente consciente de que la psiquiatría actual ha sustituido el término psicopatía por el de trastornos de la personalidad, tal y como aclara este órgano judicial en la Sentencia de 3 de mayo de 2006, entre otras. Pero no es menos cierto que incluso así continúa utilizando aquél otro, aparte de que en ocasiones lo hace como si de

cosas distintas se tratase. Vale de ejemplo la Sentencia de 6 de noviembre de 2014, donde se refiere a “psicopatías y trastornos de la personalidad”. Ha de quedar claro que existen distintos trastornos de personalidad y que a la psicopatía se la ha venido considerando como uno de estos trastornos, en concreto se considera un trastorno antisocial de la personalidad.

Y advertido lo anterior, ya procede indicar que tradicionalmente se negaba que los trastornos de personalidad constituyeran enfermedades mentales propiamente y también que procediera la aplicación de una eximente completa o incompleta por enajenación, siendo este término el que aparece en el artículo 8.1 del Código penal de 1973. Encontramos diversas resoluciones en las que a efectos de imputabilidad se valora a los sujetos con dichos trastornos como personas totalmente normales, como pasa en las Sentencias de 14 de febrero de 1956, de 23 de mayo de 1957 y de 10 de junio de 1970, antes citadas. En cualquier caso, tampoco faltan resoluciones en las que se sostiene que los mismos no constituyen enfermedades mentales propiamente, sino trastornos de la afectividad que dejan intacto el raciocinio y la libertad de decisión, pero en las que se aprecia una atenuante analógica. En este sentido podemos encontrar las Sentencias del Tribunal Supremo de 11 de octubre de 1987 y 10 de mayo de 1988¹.

Fue sobre todo a partir de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-9) realizada por la Organización Mundial de la Salud, la cual aceptó que el trastorno indicado sí debe considerarse una enfermedad mental, cuando la jurisprudencia dio un importante giro. Como ejemplo de ello encontramos la Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de febrero de 1988, donde se afirma, basándose en la CIE-9, que “el psicópata es un enfermo mental”.

Posteriormente encontramos otras resoluciones en las que ese Alto Tribunal, siguiendo la terminología recogida en el Código penal de 1995, en el que abandona el término enajenado y se habla, en el artículo 20.1, de alteración o anomalía psíquica, reconoce expresamente que aunque “para algunos un trastorno de personalidad no es propiamente una enfermedad mental, en cualquier caso sí es una anomalía psíquica”, destacando además un aspecto que nos parece esencial, como es que “las psicopatías no tienen análoga significación a las anomalías psíquicas sino que literalmente lo son”. Así viene afirmado en la Sentencia de 18 de abril de 2006. También creemos digna de mención la Sentencia de 3 de mayo de ese mismo año, en la cual este mismo Tribunal acepta que los trastornos de la personalidad consisten en una serie de deficiencias psicológicas que, sin constituir una psicosis, afectan a la organización y cohesión de la personalidad y a un equilibrio emocional y volitivo.

A pesar de ello, debemos insistir en que esta nueva consideración no implica que según el Tribunal Supremo todo trastorno de la personalidad influya en la imputabilidad del individuo, ni que lo haga siempre, como tampoco tiende a valorarse una anulación completa de la misma. Se explica muy bien cuándo procede aplicar una eximente

¹Tal disparidad de respuestas fue resaltada por el propio Tribunal Supremo en su Sentencia de 27 de marzo de 1985, justificándolo en el hecho de que las psicopatías constituían una alteración anormal del carácter de la persona que, a diferencia de la mayor parte de enfermedades mentales, no tenía su origen en lesiones fisiológicas o en alteraciones patológicas, siendo simples anomalías o variantes de la personalidad que degeneran en una falta de adaptación al medio social generando diversos conflictos.

completa, cuándo se aplicará una eximente incompleta y cuándo la atenuante analógica en la Sentencia 7 de octubre de 2013. La recurrente alegaba que no procedía la aplicación de la atenuante analógica de anomalía psíquica, prevista en el artículo 21.7 en relación con el artículo 21.1 del Código penal, pues a pesar de que la acusada padecía un trastorno mental crónico, consistente en un trastorno psicótico con ideas delirantes y también de tipo depresivo, tal y como queda probado a la vista de cuatro informes periciales realizados por distintos médicos y psicólogos, en el momento de la comisión de los hechos la acusada no presentaba una descompensación de dicho trastorno y que, por lo tanto, no tenía disminuida gravemente su capacidad de conocer y de querer, tal y como se afirma en la Sentencia.

Así pues, en el caso comentado la cuestión nuclear a dilucidar se centró en determinar si el trastorno psicótico que presentaba la acusada era suficiente para apreciar la atenuante analógica que se aplicó para imponer la pena correspondiente al delito cometido en su cuantía mínima. Y sobre este particular el Tribunal Supremo tiene establecido que cuando el autor del hecho delictivo padece un trastorno psicótico ha de atenderse al caso concreto para dilucidar si la enfermedad mental ha influido en su imputabilidad, a cuyos efectos resulta relevante averiguar si se hallaba desestabilizado por la psicosis en el momento del hecho. De este modo las consecuencias serán muy diferentes a la hora de ponderar su imputabilidad si se encuentra bajo los efectos o no de un brote psicótico. En el primer caso, como se indica en la Sentencia que ahora analizamos y en otras muchas, la alteración psíquica podría determinar una exención completa de su responsabilidad o, cuando menos, incompleta; y en cambio si no se halla bajo los efectos de un brote psicótico y tampoco se acredita una merma grave de su capacidad de autocontrol, habría que apreciar sólo una atenuante analógica de alteración psíquica.

Por consiguiente, siguiendo tales pautas interpretativas, este Tribunal aprecia una atenuante analógica de carácter simple en algunos supuestos en que el sujeto actúa en una fase de la enfermedad psicótica en que no se muestra descompensado o desestabilizado, entendiéndose que, a pesar de no hallarse bajo los efectos de un brote psicótico, ha de ponderarse el residuo patológico que deja la enfermedad incluso en las situaciones en que el paciente no se encuentra en un periodo de crisis que lo descompense de forma grave y no sufra por tanto una merma sustancial de sus facultades psíquicas. Así se indica en la comentada y en otras Sentencias del Tribunal Supremo, como por ejemplo en la 1185/1998, de 8 de octubre, en la 1341/2000, de 20 de noviembre, en la 1111/2005, de 29 de septiembre, y en la 982/2009, de 15 de octubre. Y siendo así, el hecho de que la acusada no actuara con sus capacidades cognitivas y volitivas gravemente disminuidas únicamente determina que no quepa aplicarle una circunstancia eximente incompleta de alteración psíquica; lo cual no significa que el padecimiento de un trastorno psicótico crónico con fases de desestabilización no constituya base fáctica suficiente para aplicar, tal como se recoge en los precedentes jurisprudenciales anteriormente citados, una atenuante simple por analogía. Pues el residuo biopatológico que genera el trastorno en los periodos en que no se encuentra descompensado o desestabilizado permite apreciar del elemento psicológico normativo de la atenuante, esto es, la dificultad para la adecuación de la conducta a las exigencias de la norma.

También se suele llegar a la misma conclusión cuando concurre una alteración psíquica y una toxicomanía. En estos casos hay que partir, como hace la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de abril de 2016, del fundamento común de ambas circunstancias que tienen el mismo efecto sobre la imputabilidad del acusado y no pueden aplicarse separadamente. Tanto aquí como también en la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de octubre de 2017 se afirma que “no es posible admitir la concurrencia independiente, como si de dos causas autónomas de disminución de la capacidad de culpabilidad del sujeto se tratara, pues la imputabilidad de la persona es una sola y su disminución será la consecuencia del efecto conjunto de los factores que la hagan posible, por lo que a lo sumo se podría hablar de factores operantes sobre una misma causa de atenuar, al objeto de atribuirle una mayor o menor intensidad con repercusión en la pena”. En la última resolución citada se apunta, asimismo, lo siguiente: “Desde el punto de vista de la posible alteración mental del recurrente y puesto que lo único que la sentencia admite es un “trastorno de la personalidad con déficit de control de impulsos”, no resulta admisible la eximente completa ni incompleta”. A continuación se recuerda que “son muchas las sentencias de esta Sala que, como la de instancia aprecian una atenuante analógica, cuando al trastorno de la personalidad se caracteriza por un déficit de control de los impulsos y se une la politoxicomanía que ha determinado un historial de tratamientos interrumpidos o fracasados”, y por último, respecto al caso de autos, mostrándose de acuerdo con el Tribunal de instancia, el Alto Tribunal afirma que “la solución de la atenuante por analogía sigue siendo la más idónea”

Tal y como se acaba de advertir, en la práctica con los trastornos de personalidad la eximente completa no suele aplicarse, pero no es menos cierto que ello admite una excepción: cuando el trastorno se combina con otros factores, como el alcohol o las drogas, llevando al individuo a presentar un impulso que le provoca una alteración de sus frenos inhibitorios, hasta el punto de que él mismo pierde la capacidad volitiva que el Código penal exige para aplicar la eximente². Sea como fuere, es menos excepcional que se determine una imputabilidad parcial, por entender que la anomalía o alteración no impide totalmente comprender la ilicitud del hecho, aunque se aminora la comprensión o se merma la libertad de determinación y actuación volitiva. Puede consultarse la Sentencia de 6 de noviembre de 2014, donde después de explicarse que la “eximente incompleta precisa de una profunda perturbación que, sin anularlas, disminuya sensiblemente aquella capacidad culpabilística aun conservando la apreciación sobre la antijuricidad del hecho que ejecuta”, se indica que dicha “afectación profunda podrá apreciarse también cuando la drogodependencia grave se asocia a otras causas deficitarias del psiquismo del agente”, entre las cuales cita de manera expresa las “psicopatías y trastornos de la personalidad”. Esta es la más reciente de las resoluciones del Tribunal Supremo que hemos localizado sobre el tema que nos ocupa y en la que se llega a la conclusión indicada, aunque también pueden consultarse otras en las que se determina que en los casos en que el trastorno de personalidad reviste

²Aunque no sea del Tribunal Supremo sino de la Audiencia Provincial de Cuenca, nos gustaría hacer mención a su Sentencia de 10 de diciembre de 1998 desestimó la eximente incompleta de psicopatía al no guardar relación con el delito de resistencia a la autoridad. Vid. DE VICENTE MARTÍNEZ, R., “Evolución en el tratamiento jurisprudencial de la eximente de anomalía o alteración psíquica”, en DEMETRIO CRESPO, E. (Dir.), *Neurociencias y Derecho Penal. Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico-penal de la peligrosidad*, Madrid, 2013, pp. 235-236.

una especial gravedad o está acompañado de otras anomalías relevantes como el alcoholismo crónico o agudo, la oligofrenia en sus grados iniciales, la histeria, o la toxicomanía, procede la aplicación de la eximente incompleta del 21.1 CP, como las Sentencias de 18 de enero de 2012, de 22 de junio de 2011, de 30 de abril de 2009, de 6 de mayo de 2009, de 20 de junio de 2007 o de 27 de mayo de 2004. Pero no obstante lo anterior, téngase en cuenta que lo más frecuente es la apreciación de la atenuante de análoga significación³.

3. EL CONTENIDO TERAPÉUTICO DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD

El internamiento de un sujeto en un centro psiquiátrico como consecuencia de la imposición de una medida de seguridad debe aspirar, siempre y sin excepción, al tratamiento y recuperación de dicho individuo; el mismo debe tener, por tanto, un contenido terapéutico. Es precisamente por el contenido terapéutico que tienen ésta y otras medidas de seguridad, por lo que se afirma que la introducción de estas alternativas al sistema de penas supuso un importante avance para la atención psicoterapéutica y rehabilitadora de procesados con trastornos psíquicos. Pero a pesar de ello no existe un posicionamiento claro entre los investigadores sobre las posibilidades rehabilitadoras y terapéuticas de los trastornos de personalidad.

Efectivamente, son muchos los autores que se muestran pesimistas, que no creen en la eficacia del tratamiento en estos casos y, de hecho, ello explica que las investigaciones en este campo sean escasas, en lo cual también influye, y es importante reconocerlo, lo complicado que resulta realizar investigaciones sistemáticas con esos pacientes. Esto último, además, también puede influir en los malos resultados que pueden haberse registrado en algunos estudios. Debe tenerse en cuenta que estos trastornos son egosintónicos y los sujetos que los padecen no tienen ninguna conciencia de enfermedad ni sentimiento de precisar ayuda terapéutica. Es fácil, en consecuencia, prever un bajo éxito terapéutico. Pero esto explica el fracaso sólo en parte.

³Sobre el tratamiento y la evolución jurisprudencial, vid.: MUÑOZ CONDE, F., La imputabilidad desde el punto de vista médico, psiquiátrico y jurisprudencial, Curso Nacional de psiquiatría Forense, Mérida, 1988; MARTÍNEZ DÍAZ, T. - LÓPEZ BLANCO, F. J. - DÍAZ FERNANDEZ, M. L., “Los trastornos de la personalidad en el Derecho penal. Estudio de casos del Tribunal Supremo”, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 1, núm. 1, 2001, pp. 87-101; JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. - FONSECA MORALES, M.J., *Trastornos de la Personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial*, Madrid, 2006; MORALES GARCÍA, J. L., “La imputabilidad disminuida. Una confrontación de tesis jurisprudenciales.” *Revista de Ciencias Penales*, núm. 25, 2008; CANO LOZANO, M.C. - RIBES SARASOL, I. - CONTRERAS MARTÍNEZ, L., “Análisis psicológico y jurídico de las Sentencias del Tribunal Supremo que eximen o atenúan la responsabilidad penal por motivos psicológicos”, en RODRÍGUEZ, F.J. - BRINGAS, C. - FARIÑA, F. - ARCE, R. - BERNARDO, A. (Eds.), *Psicología Jurídica. Entorno Judicial y Delincuencia*, núm. 5, Oviedo, 2008, pp. 73-84; JIMÉNEZ, M^a J - FONSECA, G. M., *Trastornos de la personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial*, Madrid, 2010; SALVADOR CONCEPCIÓN, R., “La inimputabilidad por anomalía o alteración psíquica. Tratamiento jurisprudencial actual”, *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 6, 2013, pp. 183-223; DE VICENTE MARTÍNEZ, R., “Evolución en el tratamiento jurisprudencial de la eximente de anomalía o alteración psíquica”, en DEMETRIO CRESPO, E. (Dir.), *Neurociencias y Derecho Penal. Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico-penal de la peligrosidad*, Madrid, 2013, pp. 235-236.

Tampoco ayuda a la eficacia del tratamiento que en las prisiones españolas no existen programas específicos e individualizados de tratamiento de los trastornos de personalidad, a lo cual ha contribuido la frecuente confusión conceptual que se ha detectado al respecto de los trastornos de personalidad, englobando a todos los cuadros que componen este grupo dentro de un mismo todo, equiparándolos con el término “psicopatía”. Fuera del ámbito penitenciario sí existen programas específicos de tratamiento para los individuos con dichos trastornos, pero no en los centros psiquiátricos penitenciarios, y mucho menos en los centros penitenciarios no psiquiátricos. Conviene saber que a pesar de que en el Código penal español únicamente se habla de internamiento en un centro psiquiátrico sin especificarse si ha de tratarse de un hospital u otro establecimiento dependiente de los servicios de salud comunitarios o si por el contrario se debe ingresar en un centro psiquiátrico penitenciario, si se analiza la normativa penitenciaria se comprueba que el lugar de cumplimiento de estas medidas de seguridad son los establecimientos especiales a los que se refiere el artículo 7.c), y más concretamente los centros psiquiátricos a los que se hace referencia en el artículo 11.b), ambos de la Ley Orgánica General Penitenciaria. También consta que así debe ser en el Reglamento Penitenciario, en concreto en el artículo 184.b), en el cual se indica que los sujetos arriba indicados ingresarán en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias, que según consta en artículo 183 son los centros destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes. Y puede citarse, igualmente, el artículo 21 del Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, donde se indica que la Administración Penitenciaria será competente para la ejecución de las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria.

No obstante lo anterior, resulta fundamental dejar apuntado que en el artículo 20 de este Real Decreto también consta que las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio. Sería posible, por tanto, que el tratamiento se recibiera en un hospital o establecimiento dependiente de los servicios de salud comunitarios y, de hecho, en el criterio 51 de la XII reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria de 2003 se decía que se debe dar preferencia a la utilización de los servicios comunitarios sobre los específicamente penitenciarios y limitar en la mayor medida posible el internamiento en unidades u hospitales psiquiátricos penitenciarios. Ahora bien, para ello sería necesario que existieran convenios con la Administración Penitenciaria para llevar a efecto posibles medidas de seguridad, tal y como consta en los artículos 182 y 183 del Reglamento Penitenciario, y lo cierto es que no se han encontrado entre las unidades de hospitalización o programas específicos para los trastornos de personalidad creados en España dichos convenios. Es más, entre los requisitos de admisión y exclusión a los programas específicos existentes fuera del ámbito penitenciario, se exige no sólo que los sujetos no tengan cargas legales, sino también que no tengan una patología dual, y en la mayoría de los que acumulan delitos e ingresos en prisión los trastornos de personalidad aparecen junto con abuso y dependencia de sustancias tóxicas.

Por otra parte, y volviendo a lo referente a los resultados obtenidos por los estudios existentes sobre la eficacia de los tratamientos de los trastornos de la personalidad, o mejor dicho, a los malos resultados de los mismo, justo es advertir que la falta de

inversión también puede haber contribuido a ello. En los centros españoles la falta de recursos materiales y personales es denunciada por familiares de internos y por los propios trabajadores⁴.

En cualquier caso, a pesar de que efectivamente existen estudios que revelan resultados negativos, ello no puede llevar a afirmar categóricamente que no es posible interrumpir esta espiral si no es recurriendo a la inocuización de dichos sujetos, pues cada vez tenemos más datos que revelan una mejoría sustancial en las características de los individuos con trastornos de la personalidad sometidos a tratamientos específicos, por lo que debe aceptarse que son trastornos tratables y adaptables⁵.

4. MODOS DE INTERVENCIÓN Y EFICACIA DE LOS MISMOS

Las intervenciones en el campo de los trastornos de personalidad deben cumplir una serie de objetivos terapéuticos mínimos, a saber: 1) tratamiento de los síntomas; 2) control de las auto y heteroagresiones; 3) evitación del deterioro funcional. Y a pesar de que tradicionalmente se había descartado la posibilidad de tratamiento farmacológico, por ser los trastornos de personalidad alteraciones que están relacionadas con la estructura de la personalidad y sus aspectos puramente psíquicos, por entenderse que los fármacos podrían alterar el estado mental pero no la personalidad, lo cierto es que en las últimas investigaciones realizadas acerca de los tratamientos eficaces para estos trastornos se ha destacado la importancia del uso de psicofármacos en algunos casos⁶. Los profesionales sanitarios ponen de relieve que el tratamiento farmacológico es útil como apoyo para la terapia psicológica.

Ejemplo de la complejidad en el abordaje de estos trastornos, es el hecho de que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) confeccionó una guía de intervención en la que recomendó crear unidades especiales y formar personal asistencial específico. Servicios que debían contener todas las modalidades de terapia disponibles e incluir la terapia farmacológica, además de la psicoterapia, tanto individual como grupal. Se aconseja combinar ambas estrategias, el tratamiento psicológico y el farmacológico, valorando a cada paciente individualmente.

Por lo que a los psicofármacos se refiere, suelen administrarse medicamentos para tratar problemas asociados a los trastornos de personalidad, tales como los síntomas psicóticos, la depresión o la ansiedad. En concreto, para el tratamiento de los pacientes

4 CÁCERES GARCÍA, J. M.; "El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad: del fraude a la crueldad innecesaria"; disponible en internet: <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2757>. Última consulta en fecha de 5 de abril de 2018.

5 En cualquier caso, no es menos cierto que en aquellos países en los que se llevan a cabo, sólo algunos programas han resultado ser eficaces, ya que la mayoría adolecen de defectos metodológicos que dificultan la valoración adecuada de los resultados. Vid. ROSS, R., "¿Tiene la psicopatía algún tratamiento eficaz?", en Actas de la 4ª Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia, Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, Valencia, 1999.)

6 MARÍN, J.L. - FERNÁNDEZ, M.J., "Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad", *Clínica y Salud*, vol. 18(3), 2007, pp. 259-285; INGENHOVEN, T. - LAFAY, P.- RINNE, T.- PASSCHIER, J.- DUIVENVOORDEN, H.; "Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials", *The Journal of clinical psychiatry*, vol. 71(1), 2010, pp.14-25.

con trastornos del grupo A, en un estudio de 1972 Reyntjens⁷ comprobó la eficacia de la pimozina, en otro de 1977 Barnes⁸ detectó resultados positivos recurriendo a la mesorizadina, y en otro de 1986 Hymowitz y otros colegas⁹ comprobaron que el haloperidol también funcionaba. Años después, en 1999, Chengappa, Ebeling, Kang y otros¹⁰ demostraron la eficacia de la clozapina. Puede y debe citarse otro estudio más reciente, publicado en 2006, en el cual Sperry¹¹ propone la administración de risperidona, añadiendo ácido valproico si se obtiene una respuesta pero únicamente parcial. En caso de no detectarse ninguna respuesta se recomienda cambiar a otro antipsicótico atípico pero, por los síntomas secundarios que pueden presentarse, se desaconseja la clozapina, excepto cuando el paciente es refractario. Si hay síntomas disociativos se propone añadir naltrexona. Hay otros estudios que demuestran la eficacia de algunos antidepresivos en estos casos, por ejemplo el publicado en 1986 por Soloff y otros colegas¹², en el que se comprueba la eficacia de la amitriptilina, y otro de 1991 de Markowitz y otros compañeros¹³, en el que se prueban los buenos resultados de la Fluoxetina.

Además, para el tratamiento farmacológico de los trastornos del grupo B, en 1988 Cowdry y Gardner¹⁴ comprobaron la eficacia de un antidepresivo, de la trifluoperazina, y en 1989 Teicher y otros colegas¹⁵ de la tioridazina. Posteriormente se demostró la eficacia de antipsicóticos atípicos como la clozapina. Al respecto pueden consultarse los trabajos de Frankenburg y Zanarini¹⁶ y de Chengappa y otros investigadores¹⁷, publicados en 1993 y 1999, respectivamente. Actualmente también se recurre al aripiprazol, cuya eficacia y seguridad ha sido comprobada por Nickel, Loew y Pedrosa-

7 REYNTJENS, A.M., "A series of multicenter trials with pimozide in psychiatric practice", *Acta Psychiatr Belgica*, 1972, pp. 653-661.

8 BARNES, R.J., "Mesorizadine (Serentil) in personality disorders: a controlled trial in adolescent patients", *Diseases of Nervous System*, vol. 38(4), 1977, pp. 258-264.

9 HYMOWITZ, P., FRANCES, A., JACOBSBERG, LB, SICKLES, M., Y HOYT, R., "Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 27(4), 1986, pp. 267-271.

10 CHENGAPPA, K.N.R. - EBELING, T. - KANG, J.S., ET AL., "Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder", *J Clin Psychiatry*, vol. 60, 1999, pp. 477-484.

11 SPERRY, L., "Psychopharmacology as an Adjunct to Psychotherapy in the Treatment of Personality Disorders", *Journal of Individual Psychology*, vol. 62(3), 2006, pp. 324-335.

12 SOLOFF, P. H.- GEORGE, A. - NATHAN, R. S.- ET AL, "Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: a double blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo", *Archives of General Psychiatry*, vol. 43, 1986, 691-697.

13 MARKOVITZ, P.J. - CALABRESE, J.R. - SCHULZ, S.C. - MELTZER, H.Y., "fluoxetine treatment of borderline and schizotypal personality disorder", *American Journal Psychiatry*, vol. 148, 1991, pp. 1064-1067.

14 COWDRY, R. & GARDNER, D. L., "Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranlycypromine", *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, 1988, pp. 111-119.

15 TEICHER, M. - GLOD, C. - AARONSON, S. - GUNTER, P. - SCHATZBERG, A. - COLE, J., "Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorder", *Psychopharmacol Bull*, vol. 25, 1989, pp. 535-549.

16 FRANKENBURG, F.R. - ZANARINI, M.C., "Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 34 (6), 1993, pp. 402-405.

17 CHENGAPPA, K.N.R. - EBELING, T. - KANG, J.S. - ET AL., "Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder", *J Clin Psychiatry*, vol. 60, 1999, pp. 477-484.

Gil¹⁸ para el caso de los pacientes con trastorno límite de la personalidad en una investigación publicada en 2007. Por otra parte, hay un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina cuyos resultados positivos también se han demostrado en varios estudios; se trata de la fluoxetina, pudiendo consultarse el estudio realizado por Salzman y otros en 1995¹⁹ y por Coccaro y Kavoussi en 1997²⁰. También hay dos anticonvulsivantes que han resultado efectivos, la carbamazepina, como han demostrado Gardner y Crowd²¹ en un estudio de 1986, y el valproato, según un estudio realizado por Kavoussi y Coccaro en 1998²².

Y en tercer lugar, para el tratamiento de los trastornos del grupo C, en un estudio realizado por Deltito y Stam²³ en 1989 se comprobó que dos depresivos, la fenelzina y la fluoxetina, daban buenos resultados. En cualquier caso, decir cabe que actualmente se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina cuando los pacientes de este grupo presentan altos niveles de ansiedad sin comportamientos impulsivos. Si hay respuesta parcial se recomienda añadir una benzodiacepina de acción larga o, mejor, clonacepam o, en su caso, administrar fármacos betabloqueantes y antipsicóticos atípicos. El uso de benzodiacepinas debe evitarse en sujetos que tienen una historia de conducta impulsiva, autolesiva o de abuso de sustancias²⁴.

Por otra parte, en relación a las terapias psicológicas, se entiende imprescindible la discusión de los pensamientos, sentimientos y emociones con un profesional capacitado, para de esta forma intentar mejorar la capacidad del paciente para regular sus pensamientos y emociones. Se aconseja recurrir a la psicoterapia psicodinámica, a la terapia cognitiva conductual y a la terapia interpersonal.

La primera de las indicadas, la psicoterapia psicodinámica, se basa en la idea de que muchos patrones adultos de comportamiento tienen que ver con experiencias negativas de la primera infancia, por lo que el objetivo será explorar el pensamiento y las creencias distorsionadas, tratar de entender cómo se presentaron y encontrar maneras efectivas de superar su influencia en el pensamiento y el comportamiento. En segundo lugar, partiendo de la base de que la forma en que pensamos acerca de una situación afecta a la manera en que actuamos y de que al mismo tiempo nuestras acciones pueden afectar la manera en que pensamos y sentimos, a través de la terapia cognitiva-conductual de lo que se trata es de cambiar tanto el acto de pensar, la cognición, como el comportamiento. Entre este tipo de terapias encontramos la dialéctica conductual, a

18 NICKEL, M.K. - LOEW, TH.H. - PEDROSA GIL, F., "Aripiprazole in treatment of borderline patients: an 18-month follow-up", *Psychopharmacology*, vol. 191(4), 2007, pp. 1023-1026.

19 SALZMAN, C. - WOLFSON, A. N. - SCHATZBERG, A. - ET AL., "Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 15, 1995, pp. 23-29.

20 COCCARO, E. F. - KAVOUSSI, R. J., "Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects", *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, 1997, pp. 1081-1088.

21 GARDNER, D. L. - COWDRY, R. W., "Positive effects of carbamazepine on behavioural dyscontrol in borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, 1986, pp. 519-522.

22 KAVOUSSI, R.J. - COCCARO, E.F., "Sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 59(12), 1998, pp. 676-680.

23 DELTITO, J.A. - STAM, M., "Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder", *Compr Psychiatry*, vol. 30, 1989, pp. 498-504.

24 MARÍN, J.L. - FERNÁNDEZ GUERRERO, M.J., "Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad", *Clínica y Salud*, vol. 18, núm. 3, 2007.

través de la cual se trabaja para controlar la inestabilidad emocional y para adoptar conductas positivas.

Y en relación a la terapia interpersonal se dirá que es basa en la teoría de que las relaciones que tenemos con otras personas y con el nuestro entorno influyen en nuestra salud mental, por lo cual el terapeuta deberá estudiar las cuestiones negativas asociadas con las relaciones interpersonales del paciente y analizar cómo resolver estos problemas.

De acuerdo con la revisión efectuada en el año 2001 por Quiroga Romero y Errasti Pérez²⁵, no existe ninguna terapia psicológica eficaz, ni para los trastornos de la personalidad en general, ni para los distintos trastornos de la personalidad en particular, aunque en el trastorno límite de la personalidad²⁶, la terapia dialéctica²⁷ cognitivo-conductual y la terapia de conducta clásica contarían con avales empíricos suficientes como para ser consideradas como tratamiento psicológicos probablemente eficaces. El resto de tratamientos psicológicos, tanto en general para todos los trastornos de esta clase²⁸ como en particular para cada uno de ellos²⁹, dados los escasos y asistemáticos

25 QUIROGA ROMERO, E. - ERRASTI PÉREZ, J. M., "Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad", *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, 2001, pp. 393-406.

26 El trastorno de personalidad límite ha sido el trastorno de personalidad al que la comunidad psicológica y psiquiátrica ha dedicado mayores esfuerzos, aunque, validadas, contamos con las investigaciones de tan solo un grupo de investigadores (Linehan y sus diversos colaboradores), y aunque existen publicaciones de otros grupos, las mismas consisten en estudios de un reducido número de casos. Por esto se destaca que la terapia cognitivo-conductual dialéctica llega tan sólo a ser una terapia de «eficacia probable» del trastorno de personalidad límite.

27 De hecho, la terapia dialéctica arroja mejores resultados que el tratamiento psiquiátrico habitual, según se desprende de un estudio realizado por Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard en 1991, otro realizado por Linehan, Heard y Armstrong en 1993, y otro de Koerner y Linehan del año 2000. Vid. QUIROGA ROMERO, E. - ERRASTI PÉREZ, J.M., "Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad", *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, 2001, pp. 393-406.

28 Entre los estudios, en fase experimental, sobre tratamientos cognitivoconductuales de los trastornos de personalidad, encontramos uno realizado por Pretzer en 1998, otro de Young y Behary del mismo año y otro de Springer, Lohr, Buchtel y Silk de 1995. Los tres son citados por QUIROGA ROMERO, E. - ERRASTI PÉREZ, J.M., "Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad", cit.

29 Al respecto vid.: QUIROGA ROMERO, E. - ERRASTI PÉREZ, J.M., "Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad", cit. Estos autores citan algunas de las investigaciones realizadas sobre cada trastorno, en concreto los siguientes: 1) En el trastorno de personalidad por evitación, destaca la investigación de Stravynsky, Belisle, Marcouiller, Lavallee y Elie de 1994, que destaca que la terapia de conducta mediante entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual sería probablemente eficaz; 2) Respecto al trastorno de personalidad evitativo, encontramos el trabajo de Cappe y Alden de 1986, los cuales llegan a la conclusión de que ambos tratamientos mejoran las conductas respecto del grupo de control, y Alden de 1989, estudio que, sin embargo, mediante el tratamiento conductual de exposición gradual, cuestiona la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales del estudio anterior, por lo que el estado de la cuestión no es ni mucho menos pacífico; 3) El tratamiento de los trastornos de personalidad paranoide y dependiente ha sido estudiado por McCallum y Piper en 1999, mediante la terapia psicoanalítica breve en grupo, aunque en un estudio sin grupos de control, y con una evaluación mediante impresiones generales; 4) El tratamiento del trastorno esquizotípico fue estudiado por Karterud et al. en 1992 con una terapia en grupo psicoanalítica y cognitivo-conductual; el trastorno de personalidad antisocial a pesar del interés mediático que presenta, ha sido estudiado empíricamente en pocas ocasiones. Destacan el trabajo de Davidson y Tyrer de 1996, en el que el tratamiento con terapia cognitiva breve inspirada en la terapia dialéctica de Linehan daba resultados positivos, aunque no había ningún tipo de control, y el de Dolan de 1998, que mediante una terapia ecléctica se obtuvieron resultados positivos, aunque la terapia no fue contrastada con ningún grupo

estudios empíricos sobre sus resultados clínicos, sólo podrían ser calificados como experimentales.

Parece que el trastorno límite de la personalidad es el trastorno menos complicado de tratar, y la verdad es que existen diversas investigaciones posteriores a la acabada de citar que obtienen resultados esperanzadores a partir de la aplicación de una terapia de comportamiento dialéctico. Por reciente, deben conocerse los resultados obtenidos Bedics, Atkins, Comtois y Lineha a partir de una investigación publicada en 2012³⁰. Las personas participantes aseguraron haber experimentado el desarrollo de una introyección más positivo, subrayando haber experimentado mejoras en autoafirmación, amor propio y autoprotección, habiendo disminuido así misma los auto-ataques, no sólo durante el curso del tratamiento sino también a lo largo del año que duró el seguimiento.

Pero que el trastorno límite de la personalidad sea el menos complicado de tratar no quiere decir que en los demás casos el tratamiento tenga que fracasar. Retrocediendo en el tiempo, en 2002, después de realizar una revisión de estudios empíricos, Perry y Bond³¹ concluyeron que con la terapia psicológica se pueden obtener y se obtienen buenos resultados en pacientes de diferentes grupos, pero los pacientes del grupo C se recuperan en menos sesiones y necesitan menos tiempo de tratamiento que los pacientes del grupo B, donde se encuentran los psicópatas. Además, citan otras investigaciones en las que se remarca la importancia de la capacidad del sujeto para formar vínculos interpersonales como predictor de la alianza terapéutica y adhesión psicoterapéutica.

Estos mismos autores destacan, asimismo, en ese mismo estudio, que aunque en los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad no se obtuvieron buenos resultados psicoterapéuticos, se detectaron excepciones en los casos en los que existía una depresión comórbida, interpretando la asociación de este trastorno de la personalidad con una depresión como indicador de la capacidad de los pacientes para formar vínculos.

Otro hallazgo importante de Perry y Bond fue que existen diversos factores que pueden influir en la remisión de los síntomas, como ahora la duración del tratamiento, el diagnóstico específico, la gravedad del trastorno o como el funcionamiento interpersonal y social. Otro de los factores que estiman trascendental, y que compartimos plenamente, es la importancia de disponer de un tratamiento especializado y centrado en las características definitorias del trastorno en cuestión que padece cada individuo. De hecho, también en el otro estudio citado, en el de Quiroga Romero y

de control; 5) En el trastorno de personalidad narcisista destaca la investigación de Myers de 1999, que consiste, sencillamente, en un caso clínico tratado con éxito con terapia psicoanalítica; 6) El trastorno de personalidad pasivo-agresivo ha sido tratado por Perry y Flannery en 1982 también en casos clínicos, cuatro en esta ocasión; 7) En relación al trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo destaca el trabajo de Barber et al. de 1997, mediante el cual, tras estas terapias, tan sólo el 15% de los pacientes siguieron cumpliendo los criterios definitorios del trastorno.

30 BEDICS, J. D. - ATKINS, D. C.- COMTOIS, K. A. - LINEHAN, M.M., "Las diferencias de tratamiento en la relación terapéutica y introyecto durante un ensayo aleatorio controlado de 2 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 (1), 2012, pp. 66-77.

31 PERRY, J.C. - BOND, M., "Estudios empíricos sobre psicoterapia en los trastornos de la personalidad.", en GUNDERSON, J.G. - GABBARD, G.O. (Dir.). *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*, Barcelona, 2002, pp. 2-32.

Errasti Pérez de 2001, se destaca, conforme a Millon, que es la propia personalidad la que debería guiar la terapia mediante la combinación de las diversas terapias existentes según las diversas características problemáticas de la personalidad del paciente. No se trataría de aplicar las técnicas existentes tomadas globalmente a trastornos enteros, sino que habría que ir guiando el propio proceso de la terapia, con las múltiples técnicas de las que dispone la Psicología según el aspecto concreto de la personalidad trastornada. La personalidad de los sujetos tiene múltiples aspectos que no en todos los trastornos ni en todos los casos estarían alterados por igual.

Por otra parte, junto a los indicados, otros factores que pueden hacer que el abordaje terapéutico se complique son apuntados por Stone, y son la edad del paciente, su grado de motivación, la cronicidad de sus comportamientos, o la gravedad de los delitos cometidos³².

Además de lo dicho, también queremos dejar apuntado que, según Livesley³³, el abordaje terapéutico de los trastornos de personalidad debería respetar una serie de fases estándar, las cuales tienen cabida en los niveles asistenciales y organización de las unidades específicas para estos trastornos, como son, en primer lugar, las unidades y programas ambulatorios, entre los que existen diversas propuestas según el modelo psicoterapéutico propuesto, como el cognitivo conductual, el psicodinámico y el cognitivo-analítico. En segundo lugar, se aborda la hospitalización parcial, con programas específicos para trastornos graves de la personalidad en hospitales de día, destacándose que los pacientes indicados para el hospital de día serían los de peor funcionamiento, en especial los del grupo B. Finalmente se contempla la hospitalización en unidades hospitalarias específicas para trastornos graves de la personalidad. Se trataría de una unidad de ingreso específico y programado con unos objetivos terapéuticos amplios. Sólo con una adecuada coordinación entre las unidades de hospitalización, los hospitales de día y las unidades ambulatorias se lograría el abordaje efectivo de estos trastornos.

Debe tenerse en cuenta, igualmente, que recientemente Jeffrey Young ha desarrollado una psicoterapia innovadora, la terapia de esquemas, que integra elementos de la terapia cognitiva, de la terapia de comportamiento, de las relaciones de objeto y de la terapia Gestalt en un enfoque unificado y sistemático al tratamiento, habiéndose demostrado que resulta efectiva para tratar los trastornos a los que nos venimos refiriéndonos.

En una investigación realizada por Bamelis, Evers, Spinhoven y Arntz³⁴, publicada en 2014, se comprobó la eficacia de 50 sesiones de esta terapia en pacientes del grupo C, con trastorno de personalidad paranoide, histriónicos o narcisistas, eficacia mayor que la que se obtuvo con la aplicación de la psicoterapia orientada a la clarificación y con el tratamiento habitual utilizado. Un total de 323 pacientes con trastornos de la personalidad fueron asignados al azar. A 147 se les aplicó la terapia de esquemas, a 135

32 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.

33 LIVESLEY, W.J., *The DSM-IV personality disorders*, Nueva York, 1995.

34 BAMELIS, L.L. - EVERS, S.M. - SPINHOVEN, P. - ARNTZ, A., "Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders", *American Journal of Psychiatry*, vol. 171, 2014, pp. 305-322.

el tratamiento habitual y a 41 una psicoterapia orientada a la clarificación. Se comprobó que había una proporción significativamente mayor de pacientes recuperados en la terapia de esquemas. El resultado primario fue la recuperación de un trastorno de personalidad 3 años después del inicio del tratamiento desarrollado por Young, y los resultados secundarios fueron, entre otros, una disminución de los rasgos de trastorno de la personalidad, de los trastornos depresivos y de ansiedad y de los problemas psicológicos generales, una mejora en el funcionamiento general y social, una menor discrepancia con auto-ideales, y mayor calidad de vida.

5. EN SÍNTESIS

A modo de conclusión, debe tenerse claro que la relación entre trastorno de personalidad y delincuencia es muy compleja, dada la influencia de múltiples factores que evidencian la necesidad de un abordaje multidisciplinar e individualizado que tenga en cuenta las características singulares de cada individuo.

También importa subrayar que a pesar de la confusión terminológica que todavía persiste, no debemos desconocer que las condiciones legales para un correcto afrontamiento del problema de los trastornos de la personalidad y su influencia en la responsabilidad criminal han mejorado sustancialmente con el Código Penal de 1995. Además, la interpretación biológico-psicológica que en el pasado realizaron los tribunales ahora es adelantada por el legislador, exigiendo para que la anomalía exima de responsabilidad que el sujeto a causa de ella no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión al tiempo de cometer la infracción penal. Por tanto, actualmente se pueden incluir sin esfuerzo algunos los trastornos de la personalidad en el ámbito de esta circunstancia. Pero, una vez admitida la posibilidad de aplicar la eximente de anomalía, queremos insistir en que la aplicación de la eximente completa, aunque existe base formal para ello, es prácticamente inexistente, apostándose por la eximente incompleta o, en la mayoría de los casos, por la atenuante analógica.

Por otra parte, deberíamos superar la visión pesimista de que los trastornos de personalidad no tienen tratamiento, o mejor, que los tratamientos en estos casos no tienen éxito. Ello sólo sirve para justificar el abandono actual en la aplicación de los mismos y en la investigación de nuevas alternativas tratamentales. Además, no es cierto que los tratamientos a los que se recurre hoy en día no resulten efectivos. Debe tenerse en cuenta que existen distintas clases de trastornos de la personalidad y que en algunos de ellos el tratamiento sí puede tener éxito, y partiendo de ello, también importa insistir en que los profesionales sanitarios ponen de relieve que el tratamiento farmacológico es útil como apoyo para la terapia psicológica.