

PSICOPATÍA Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

Tàlia González Collantes

Doctora en Derecho penal y licenciada en Criminología por la
Universitat de València

María Sánchez Vilanova

Becaria FPU del Departamento de Derecho penal de la Universitat de
València y licenciada en Criminología

Resumen: En este trabajo se abordará el tratamiento en el orden penal de las personas con trastornos de la personalidad que cometen un hecho delictivo. Más concretamente, nos aproximaremos a la situación real en el cumplimiento efectivo de las medidas de seguridad aplicables a estos sujetos cuando se cumplen los requisitos exigidos para ello, prestando especial atención a los últimos avances en el tema, a los principales programas de intervención y a los resultados obtenidos con los mismos. También comentaremos algunos de los cambios previstos en el Proyecto de reforma del Código penal.

Palabras clave: inimputabilidad - trastornos de la personalidad - medidas de seguridad – psicopatía – tratamiento

Abstract: This paper will explain which is the treatment in the penal order of people with personality disorders who commit a crime. More specifically, we will approach the real situation in the effective implementation of security measures applicable to these subjects when the

Recibido: abril 2014. Aceptado: julio 2014

requirements for it are fulfilled, paying particular attention to the latest developments in the field, the major intervention programs and the results obtained with them. We also discuss some of the changes envisaged in the Penal Code Reform Project.

Keywords: unimputability – personality disorders – security measures – psychopathy – treatment

Sumario: 1- Introducción 2- Los trastornos de personalidad: a) aproximación descriptiva y clasificación; b) la imputabilidad en sujetos con trastornos de la personalidad en la jurisprudencia del Tribunal Supremo. 3- Las medidas de seguridad en general y la de internamiento en centro psiquiátrico en particular: a) los principios rectores y el Proyecto de reforma del Código penal; b) el contenido terapéutico de la medida y la tratabilidad de los trastornos de personalidad. 4- Recursos y programas especializados de tratamiento: a) los modos de intervención y su eficacia; b) dificultades para el tratamiento en España. 5- Conclusiones generales. 6- Bibliografía

1. Introducción

En los últimos años la sociedad asiste impávida a un incesable goteo de historias sensacionalistas que tienen como protagonistas a individuos con trastornos de personalidad que han cometido delitos detestables y que son calificados por los medios de comunicación como psicópatas, antes incluso de haber sido evaluados por profesionales, y no en pocas ocasiones estos hechos dan pie a la emisión de programas monográficos especiales en los que se invita como tertulianas a personas que parten de entender que los protagonistas de dichas historias son enfermos, personas que sufren una anomalía o alteración psíquica no tratable y piden que se les encierre de por vida para que no vuelvan a delinquir, y/o a otras parten que piden lo mismo pero partiendo de entender que dichos sujetos están perfectamente cuerdos, que la capacidad intelectual y la volitiva las tienen intactas y que haciendo uso de las mismas, y a pesar del tratamiento, reincidirán.

Hechos como los indicados centran la atención de los medios de comunicación porque saben que atraen mucha audiencia

o lectores, y como es así son muchas las personas que llegan a relacionar los TP trastornos con la delincuencia, a pensar que todas las personas con TP son psicópatas, a creer que el tratamiento no funciona o de nada sirve en estos casos y a defender su encierro perpetuo, opción ésta que en caso de salir adelante la pretendida reforma del Código penal será posible. Pero lo sorprendente no es esto sino que también los magistrados del Tribunal Supremo utilizan como de forma indistinta los de TP y psicopatía, que hubo un tiempo en que estos mismos magistrados entendían que a efectos de imputabilidad los sujetos que padecen este trastorno son sujetos normales, y que los expertos no están de acuerdo en la tratabilidad de los sujetos con TP. Y no sorprende pero sí preocupa, que si finalmente se aprueba la pretendida reforma del Código penal privarles de libertad de por vida, con independencia del hecho cometido y de la pena que éste lleve aparejada, si se considera que resultan peligrosos. Y junto a éste, otro cambio que se pretende introducir es que para la aplicación de la indicada o de otra medida de seguridad será suficiente con que ésta sea parcialmente necesaria para compensar la peligrosidad del sujeto.

Ante esto de entrada queremos enfatizar que no podemos identificar TP con delincuencia. Ni todas las personas que delinquen presentan un TP ni todas las personas con TP delinquen, ni siquiera los psicópatas. No podemos abrazar teorías neolombrosianas bajo las cuales se ocultan multitud de factores que influyen en el devenir de toda persona. Aunque encontramos ciertos factores que predisponen a individuos concretos a la realización de conductas criminales, es tan sólo una predisposición y no una determinación absoluta.

Y sentado lo anterior, hemos creído conveniente, en primer lugar, además de advertir que los términos trastornos de la personalidad y psicopatía no deberían ser empleados de forma indistinta porque ésta es uno de los muchos trastornos de personalidad (en adelante TP) recogidos y clasificados en el DSM-V, dedicar unas líneas a realizar una aproximación descriptiva a estos trastornos, que viene bien a no juristas y a juristas.

También hemos considerado oportuno analizar cómo ha evolucionado la postura del Tribunal Supremo respecto a la imputabilidad de los individuos diagnosticados con TP, porque ha evolucionado y ahora sí se admite la posible reconocer la concurrencia de una eximente, incluso de una completa, la prevista en el artículo 20.1 del Código penal. En cualquier caso, en la praxis, como también veremos, lo normal es que los TP sólo atenúen la responsabilidad, y únicamente en casos excepcionales en los que puede objetivarse una disminución de la voluntad, pero cuando sucede así puede proceder la aplicación de medidas de prevención y tratamiento, también la de internamiento en un centro psiquiátrico.

A analizar las principales reformas que pretenden introducirse en la regulación de la medida de internamiento en un centro psiquiátrico también dedicaremos un apartado, aunque queremos dejar subrayado desde este momento que existen una serie de principios y garantías que igual que pasa con las penas, también en el caso de las medidas de seguridad deben ser respetadas. En palabras de Muñoz Conde y García Arán, “la aplicación de las medidas de seguridad debe verse rodeada de las mismas garantías que rigen para las penas, puesto que, en definitiva, se trata también de una intervención coactiva y limitadora de derechos individuales”¹. Pero, el prelegislador no ha tenido esto en cuenta, por ello que el Proyecto de reforma del Código penal ha creado gran indignación no sólo entre los miembros de asociaciones que trabajan con enfermos mentales, incluyendo aquellas personas que sufren trastornos de la personalidad, sino también entre los juristas.

Y también hemos querido saber en qué consiste el tratamiento de las personas que sufren un TP y realizar una revisión de una serie de estudios sobre su eficacia. En relación a esto último avanzaremos que pese a que los rasgos de la personalidad son

1 MUÑOZ CONDE, F. - GARCIA ARÁN, M., *Derecho Penal. Parte General*, Valencia, 2010, p. 586

patrones de pensamiento, reacción y comportamiento que permanecen relativamente constantes y estables a lo largo del tiempo, y aunque precisamente por ello las personas que tienen un TP exhiben comportamientos de pensamiento y de reacción más rígidos y señales de inadaptación que suelen perturbar su vida personal, profesional y social, no obstante las evidentes limitaciones que hasta el momento existen en este ámbito, deberíamos apartarnos de la consideración de “intratables” que durante mucho tiempo ha acompañado a estos cuadros, del mismo modo que tampoco se puede negar la existencia de tales trastornos. Los TP existen y, como veremos, a pesar de que no es extraño que el diagnóstico de la personalidad conlleve la etiqueta de intratable, son trastornos tratables e incluso parcialmente curables. No todos los sujetos responden de la misma manera al tratamiento pero en algunos se obtienen resultados esperanzadores.

Lo recomendable es persistir en el análisis de las diferentes intervenciones terapéuticas para ofrecer una respuesta eficaz, pero también resulta fundamental disponer de recursos necesarios para poder desarrollar el tratamiento de manera efectiva y, como veremos, en el Estado Español no se invierte en ello lo que se debería. Veremos cuáles son las principales dificultades del tratamiento en España.

1. Los trastornos de personalidad

a) Aproximación descriptiva y clasificación

Nos parece conveniente realizar una aproximación descriptiva los TP y lo primero que deberíamos apuntar es éstos son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos, generadoras de limitaciones en estas esferas mayores a las atribuibles a los trastornos denominados neuróticos. Debe quedar claro, asimismo, que a pesar de estar éstas originadas en una anómala respuesta al estrés, son más bien estables temporalmente y no momentáneamente un conjunto de

síntomas que aparecen en una situación determinada. Los pacientes reflejan alteraciones más globales de la persona y están menos circunscritas a unos síntomas concretos. Por otra parte, a diferencia de lo que sucede con los neuróticos, cuyos síntomas son autoplásticos, repercutiendo en su propio perjuicio y sufrimiento, con lo cual se experimentan como egodistónicos, los síntomas del trastorno de la personalidad son aloplásticos, esto es, repercuten en los demás y son plenamente aceptados por el ego del paciente, son egonísticos, la persona se siente bien como es, o en todo caso, percibe su sufrimiento emocional no como un factor que se debe aprender a evitar sino como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y de comportarse. Si la patología neurótica proviene de una lucha contra los propios impulsos inaceptables, la patología de la personalidad se genera en un contexto interpersonal, el encuentro con otras personas a las que se considera insoportables. Ello hace que el tratamiento sea más complicado.²

A pesar de aceptarse por la mayoría de la comunidad académica cuanto se acaba de indicar, los TP presentan una larga evolución histórica y clínica y, aunque constituyen uno de los trastornos mejor validados de la psicopatología, no han conseguido una conceptualización y clasificación unánime, lo que ha provocado que un importante sector de la Psiquiatría forense los perciba como un auténtico “*cajón desastre*”. Y el hecho de que constituyan una de las categorías diagnósticas más debatidas en el ámbito científico ha contribuido a que en el ámbito jurídico existan sentencias verdaderamente contradictorias.

Efectivamente, la confusión terminológica existente ha contribuido a que en ocasiones se equiparen diferentes cuadros

2 VÁZQUEZ, C. – RING, J. – AVIA, M.D., “Trastornos de la personalidad”, en FENTENEBO, F. – VÁZQUEZ, C. (Eds.), *Psicología Médica, sicopatología y psiquiatría*, vol. 2, Madrid, 1991; MILLON, T. – EVERLY, G.S., *La personalidad y sus trastornos*, Barcelona, 1994.

psicopatológicos y que no se valoren adecuadamente las implicaciones forenses de cada uno de ellos. Por ello, todo informe pericial debe tener en sus conclusiones el diagnóstico con una referencia a la CIE-10 o al DSM-V, no pudiéndose utilizar terminología que no esté enmarcada en estos códigos³. Las diferencias entre ambas clasificaciones son irrelevantes. El DSM-V presenta una estructura multiaxial y sólo contempla las enfermedades mentales⁴, mientras que la CIE-10 abarca todas las enfermedades y sólo en su capítulo V se valoran las enfermedades mentales.

De acuerdo con el capítulo 16 del DSM-V “un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto”⁵.

Para no complicar el tema, nos limitaremos a realizar una breve enumeración de la clasificación de los TP en el DSM-V,

-
- 3 A efectos informativos, vamos a señalar brevemente las características de estos manuales:
 - a) DSM V. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, se trata de un Manual elaborado por el comité de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en consenso con infinidad de psiquiatras de todo el mundo.
 - b) CIE 10. Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento, también surge del consenso entre multitud de médicos, siendo una publicación de la Organización Mundial de la Salud. (OMS).
 - 4 De hecho, como ya indicó la Asociación Americana de psiquiatría al publicar la quinta versión del DSM, se apostaba por el mantenimiento del modelo. American Psychiatric Association Board of Trustees Approves DSM-5. Diagnostic manual passes major milestone before May 2013 publication. Disponible online: <http://dsmfacts.org/materials/american-psychiatric-association-board-of-trustees-approves-dsm-5/>
 - 5 Podemos observar un interesante análisis de las modificaciones que el borrador del DSM-V, publicado el 19 de febrero de 2010 en la web de la APA, implicaba respecto de la regulación del DSM-IV en los trastornos de la personalidad (muchas de ellas finalmente descartadas en el manual finalmente aprobado) en: ESBE, E. - ECHEBURRUA, E., “La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V”, *Actas Esp Psiquiatría*, 39 (1), 2011, pp. 1-11

agrupados dentro de tres conjuntos que se basan en las similitudes de sus características⁶. Conviene tener claro que el grupo A comprende aquellas personas que suelen ser consideradas como extrañas o excéntricas e incluye los trastornos de la personalidad paranoide (301.0) (F60.0), esquizoide (301.20) (F60.1) y esquizotípico (301.22) (F21). Por otro lado, en el grupo B se encuentran aquellas personas con una clara inclinación al dramatismo, muy emotivas y con conductas erráticas, incluyendo los trastornos de personalidad histriónico (301.50) (F60.4), narcisista, (301.81) (F60.81), antisocial (301.7) (F60.2) y límite (301.83) (F60.3). Finalmente, en el grupo C se engloban personas que tienden a ser ansiosas y temerosas e incluye los trastornos de personalidad por evitación (301.82) (F60.6), por dependencia (301.6) (F60.7) y el obsesivo compulsivo(301.4) (F60.5), así como una categoría llamada trastorno de la personalidad no especificado⁷, en el que encontramos tres subtipos; el trastorno de la Personalidad debido a una condición médica (310.1) (F07.0), otro específico trastorno de la personalidad (301.89) (F60.89), y el trastorno de la personalidad inespecífico (301.9) (F60.9).

b) La imputabilidad de los individuos diagnosticados con TP en la jurisprudencia del Tribunal Supremo

Si analizamos la jurisprudencia del Tribunal Supremos comprobaremos que reina cierta confusión. En una investigación de 2001 en la que se estudió la coherencia del concepto “Trastorno de la Personalidad” en el ámbito forense, la relación entre el tipo de trastorno y el tipo delictivo, el grado de imputabilidad

6 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 5ª ed., Washington, 2013, pp. 645-684

7 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, ob. cit., p 684. En el actual DSM-V se diferencian estos subtipos en los trastornos de la personalidad no específicos. Respecto al segundo de ellos, y posiblemente más controvertido, hace referencia a las manifestaciones de los síntomas característicos de un determinado trastorno que provocan un malestar clínicamente significativo, o un deterioro social o laboral, pero que no cumplen todos los criterios para su diagnóstico en el concreto trastornos de la personalidad.

aplicado y la imposición de medidas sustitutivas de la pena en la jurisprudencia del Tribunal Supremo⁸, y en la que se revisaron 200 sentencias, se detectó una alta dispersión de los conceptos relacionados con estos trastornos y escasa aportación del tipo a la aplicación de las escasas eximentes o atenuantes de la responsabilidad penal que aparecen en las sentencias. Además, se evidenció una clara relación entre el delito contra las personas y los trastornos del grupo A, frente a una mayor versatilidad en el grupo B, donde se encuentra propiamente la clásica psicopatía y una baja proclividad al delito en el grupo C, además de una notable ausencia de medidas terapéuticas.

Aquí únicamente nos interesa comentar cuál ha sido la evolución del tratamiento judicial de la imputabilidad⁹ de los individuos diagnosticados con TP¹⁰ y empezaremos diciendo que

-
- 8 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.
- 9 En relación a la imputabilidad y la inimputabilidad, entre los muchos manuales de parte general que pueden consultarse: COBO DEL ROSAL, M. - VIVES ANTÓN, T. S., *Derecho Penal. Parte general*, 5ª ed. corregida, aumentada y actualizada, Valencia, 1999, pp. 535 y ss. y 573 y ss.; ORTS BERENGUER, E. - GONZÁLEZ CUSSAC, J.L., *Compendio de Derecho penal. Parte General*, 3ª ed., Valencia, 2011, pp. 301 y ss. y 365; MIR PUIG, S., *Derecho penal. Parte General*, 9ª ed., Barcelona, 2011, pp. 531 y ss y 567 y ss; Díez Ripollés, J.L., *Derecho Penal Español. Parte General en Esquemas*, Valencia, 2011, pp. 409 y ss; QUINTERO OLIVARES, G., *Parte General del Derecho Penal*, 4ª ed., Cizur Menor, Navarra, 2010, pp. 421 y ss y 557 y ss.; ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Dir), *Fundamentos del Derecho Penal. Parte General*, 4ª ed., Valencia, 2010, pp. 347 y ss. Pueden consultarse, igualmente, los siguientes trabajos monográficos: BUSTOS RAMÍREZ, J., “La imputabilidad en un Estado de Derecho”, en *Bases críticas de un nuevo derecho penal*, Bogotá, 1982; MUÑOZ CONDE, F., “La imputabilidad desde el punto de vista medico y jurídico penal.” *Rev. Derecho Penal y Criminología*, núm. 10, vol. 35, 1988; CARBONELL MATEU, J. C., “Sobre la imputabilidad en Derecho Penal español”, *Cuadernos de Derecho Judicial XVIII*, Madrid, 1993; DELGADO BUENO, S. Et. all., *Psiquiatría Legal y Forense*, Madrid, 1994; DE LA CUESTA ARMENZÍA, J.L., “Imputabilidad y nuevo Código Penal”, en TORO LÓPEZ, A. - CEREZO MIR, J. (Eds.), *El nuevo código Penal: presupuestos y fundamentos. Libro Homenaje*

tradicionalmente se negaba que los TP constituyeran enfermedades mentales propiamente y también la aplicación de una eximente completo 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 psicópatas como sujetos 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. En cualquier caso, tampoco faltan resoluciones en las que se sostiene que los TP no constituirían enfermedades mentales propiamente, sino trastornos de la afectividad que dejaban intacto el raciocinio y la libertad de decisión, pero en las que se aprecia una atenuante análogica. En este sentido pueden citarse las Sentencias del Tribunal Supremo de 11 de octubre de 1987 y 10 de mayo de 1988¹¹.

al Profesor Doctor Don Angel Torío López, Granada, 1999, pp.299-324; MARTÍNEZ GARAY, L., La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos, ob. cit.

- 10 En relación a la imputabilidad y los trastornos de personalidad, vid. GARCÍA BLÁZQUEZ, M., *Un análisis médico-legal de la imputabilidad en el Código penal de 1995 (un análisis médico-legal del art. 20.1 y 20.2)*, Granada, 1997; VILLAREJO RAMOS, A., “Reflexión sobre la imputabilidad de los Trastornos de Personalidad”, *Cuadernos de Medicina Forense*, núm. 24, 2001, pp. 25 y ss.; MATEO AYALA, E. J., *La imputabilidad del enfermo psíquico: Un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Código penal español*, Madrid, 2003; MORA URRUELA, A., *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica: la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*, Granada, 2004; VEGA GUTIÉRREZ, Z., “Las alteraciones o perturbaciones psíquicas como causas de inimputabilidad: especial problemática en el ámbito de las psicopatías”, *Encuentro*, núm. 70, Octubre-Diciembre 2004; BAIRD, J. - ROGERS, C., “Commentary: Personality disorder and diminished responsibility – The significance of priorities and objectives”, *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, núm. 37, 2009, pp. 186-187; GONZÁLEZ GUERRERO, L., *Trastornos de personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*, Madrid, 2012; TENCA, A. M., *Imputabilidad del psicópata*, Buenos Aires, 2009; CANEO, C., “Trastornos de personalidad e imputabilidad”, *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, núm. 8, vol. 1, 2012, pp. 90-99.
- 11 Tal disparidad de respuestas fue resaltada por el mismo 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

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 la psicopatía como 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*”. Como apunte, debemos poner de relieve la utilización de forma indistinta de los términos “trastornos de la personalidad” y “psicopatía”, dado el uso indiferenciado por parte del Tribunal Supremo de los mismos. Se comprueba la confusión conceptual sobre estos cuadros psicopatológicos¹².

Conviene dejar apuntado que en el Código penal de 1995 se abandona el término enajenado y se habla, en el artículo 20.1, de alteración o anomalía psíquica, y siguiendo esta terminología se matiza la anterior afirmación en la Sentencia de 18 de abril de 2006¹³, en la cual el Tribunal Supremo 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 expresamente un aspecto que nos parece esencial, como es que “las psicopatías no tienen análoga significación a las anomalías psíquicas sino que literalmente lo son”.

A pesar de ello, debemos insistir en que esta nueva consideración no implica que todo TP siempre deba influir en la imputabilidad del individuo, como tampoco tiende a valorarse

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.

- 12 El propio TS, en su sentencia núm. 535, de 3 de mayo de 2006, se hace eco de cómo la psiquiatría actual ha sustituido el término psicopatía por el de trastornos de la personalidad, que consiste en deficiencias psicológicas que, sin constituir una psicosis, afectan a la organización y cohesión de la personalidad y a un equilibrio emocional y volitivo.
- 13 STS de 18 de abril de 2006 (RJ 2006\2289).

una anulación completa de la misma. Se explica muy bien cuándo procede aplicar una eximente completa, cuándo se aplicará una eximente incompleta y cuándo la atenuante analógica en la Sentencia del Tribunal Supremo 5100/2013, 7 de octubre. 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, 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 modo que 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 de Casación 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.

Así pues, 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.

Por otra parte, además de lo dicho hasta ahora queremos subrayar que en la práctica con los TP la eximente completa no suele aplicarse, a excepción de 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 eximente¹⁴. Es menos excepcional que se determine una imputabilidad parcial, por entender que la anomalía o alteración

14 Aunque no sea del Tribunal Supremo sino de la Audiencia Provincial de Cuenca, nos gustaría hacer mención a su Sentencia de 10 de diciembre de

no impide totalmente comprender la ilicitud del hecho, aunque se aminora la comprensión o se merma la libertad de determinación y actuación volitiva. Pero lo más frecuente es la apreciación de la atenuante de análoga significación¹⁵.

3. Las medidas de seguridad general y la de internamiento en centro psiquiátrico en particular

a) Los principios rectores y el Proyecto de reforma del Código penal

Las medidas de seguridad están reguladas en los artículos 6 y 95 y siguientes del Código penal, así como también en algu-

-
- 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.
- 15 Sobre 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. Colección Psicología y Ley*, num. 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”,

nos artículos de la legislación penitenciaria, en concreto en los artículos 1, 7 y 11 de la Ley Orgánica General Penitenciaria y en los artículos 182 y siguientes del Reglamento Penitenciario. Y, aunque según consta en el artículo 6.1 del Código penal se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito, y a pesar de que con ellas la tutela jurídica de bienes jurídicos se trata de conseguir únicamente a través de a prevención especial, son, como las penas, consecuencias jurídicas del delito con un contenido afflictivo y limitador de derechos, y como aquéllas deberían imponerse y ejecutarse respetando los principios rectores del Derecho penal. Pero como ahora veremos en el Proyecto de reforma del Código penal se pone en evidencia la renuncia a alguna de dichos principios.

No es nuestro propósito realizar aquí un análisis de todos y cada uno de los principios limitadores de la aplicación de medidas de seguridad y que informan la ejecución de las mismas. Nuestra intención es más modesta. Principalmente queremos dejar apuntado que en el Proyecto de reforma del Código penal se hace evidente si no el rechazo al menos sí la relativización de los principios liberales que desde los presupuestos de nuestro marco político-constitucional consideramos indeclinables¹⁶.

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.

- 16 Sobre los límites a las medidas de seguridad, vid: RODRÍGUEZ MOURULLO, G., “Medidas de seguridad y Estado de Derecho”, en AAVV: *Peligrosidad social y medidas de seguridad*, Valencia, 1974; QUINTERO OLIVARES, G. - MUÑOZ CONDE, F., *La reforma penal de 1983*, Barcelona, 1983, pp. 82 y ss.; MUÑOZ CONDE, F., *Derecho penal y control social*, Jerez, 1985, p. 70; VIVES ANTÓN, T.S., en *Comentarios al Código Penal de 1995*, tomo I, Valencia, 1996, pp. 62 y ss.; GARCÍA ARÁN, M., *Fundamentos y aplicación de penas y medidas de seguridad en el Código Penal de 1995*, Pamplona, 1997, pp. 131 y ss.; CUERDA ARNAU, M. L., “Aproximación al principio de proporcionalidad en Derecho penal”, en *Estudios Jurídicos en Memoria del profesor Dr. D. José Ramón Casabó Ruiz.*, tomo Valencia, 1997, p. 474 nota 109; GONZÁLEZ RUS, J. J., en *Comentarios al Código penal*,

Aparentemente en el Proyecto de reforma del Código penal continúan consagrados dos de los principios básicos limitadores de la aplicación de medidas de seguridad: la exigencia de la previa comisión de un hecho delictivo por el sujeto peligroso y que dicha peligrosidad sea de naturaleza criminal. La peligrosidad es indispensable para que sean aplicadas las medidas de seguridad, pero por sí sola no justifica su imposición, sino que se exige haber cometido un hecho previsto como delito, de hecho sólo así puede hablarse de peligrosidad criminal. Que debe ser así consta en el artículo 95.1 y también en el artículo 6.1 del Código penal. Pero, a pesar de ello, como ahora veremos, y como crítica Carbonell Mateu, en el Proyecto el hecho cometido deja de ejercer cualquier tipo de limitación con lo cual se pone en duda el carácter de postdelictuales: es verdad que resulta necesario para su imposición haber cometido un hecho delictivo, pero a partir de ese momento cabe la consideración de la peligrosidad para hechos que nada tengan que ver con el anterior que no ejerce límite de proporcionalidad alguno¹⁷.

Efectivamente, en el Proyecto de reforma se abandona la idea de que las medidas de seguridad no puedan resultar más graves que las penas aplicables al delito cometido, con lo cual

tomo I, Madrid, 1999, pp. 208 y ss. y 240 y ss.; COBO DEL ROSAL, M. - QUINTANAR DÍEZ, M., *Comentarios al Código penal*, tomo IV, Madrid, 2000, p. 87; GARCÍA PÉREZ, O., “La racionalidad de la proporcionalidad en sistema orientados a la prevención especial”, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 9, 2007, pp. 1-25; ALONSO RIMO, A., “Medidas de seguridad y proporcionalidad con el hecho cometido (a propósito de la peligrosa expansión del derecho penal de la peligrosidad)”, *Estudios penales y criminológicos*, núm. 29, 2009, pp. 107-140; QUINTERO OLIVARES, G., *Parte General del Derecho Penal*, ob. cit., pp. 732 y 733; MUÑOZ CONDE, F. - GARCÍA ARÁN, M., *Derecho Penal. Parte General*, ob. cit., p. 586; MARTÍNEZ MORA, G., *El marco constitucional de las medidas de Seguridad postdelictuales*, Tesis Doctoral, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Madrid, 2013; CARBONELL MATEU, J.C., “Los proyectos de reforma penal en España: un retroceso histórico”, *Teoría y derecho: revista de pensamiento jurídico*, núm. 14, 2013, pp. 280-293.

17 CARBONELL MATEU, J.C., “Los proyectos de reforma penal en España: un retroceso histórico”, cit.

se rechaza a una garantía esencial derivada no sólo del principio de proporcionalidad sino también del de igualdad, pues se quería de esta manera no hacer de peor condición a estos sujetos que a aquellos otros que son plenamente imputables. Aquella idea actualmente está consagrada en los artículos 6.2 y 102.1 del Código penal (y también en los artículos 101.1, 103.1 y 104) e impide tanto la imposición de una medida privativa de libertad cuando la pena que hubiera podido imponerse fuera de la misma naturaleza como también que pueda tener una duración superior a ésta. Pero en el Proyecto ya no se hace referencia a ello, y a pesar de que en el artículo 95.2, según la redacción del mismo en aquél, se dice que la medida de seguridad que se imponga debe atender a la proporcionalidad con el hecho cometido y con aquellos que se entiende probable que pueda cometer, así como también a la peligrosidad del sujeto, en realidad es ésta última la que se impone como criterio fundamental, y ello a pesar de que este concepto, el de peligrosidad, resulta ambiguo, como también lo son los métodos utilizados para su determinación, y por tanto menos satisfactorio por lo que se refiere a la seguridad jurídica¹⁸. De no ser así no se hubiese rechazado a la idea de que las medidas de seguridad no puedan resultar más graves que las penas aplicables al delito cometido.

18 Sobre la peligrosidad y su pronóstico, vid.: VIVES ANTÓN, T.S., “Métodos de determinación de la peligrosidad”, en AAW: *Peligrosidad social y medidas de seguridad*, Valencia, 1974; REQUEJO RODRÍGUEZ, P., “Peligrosidad criminal y Constitución”, *InDret*, núm. 3, 2008; ORTS BERENGUER, E. – GONZÁLEZ CUSSAC, J.L., *Compendio de Derecho penal. Parte General*, 3ª ed., València, 2011, pp. 497 y 498; TERRADILLOS BASOCO, J. M., “La reforma penal española y la ‘nueva’ peligrosidad criminal: un reto para la psiquiatría legal”, *Revista de Derecho Penal*, núm. 21, 2013, pp. 41-65; ANDRÉS-PUEYO, A., “Peligrosidad criminal: análisis crítico de un concepto polisémico”, en DEMETRIO CRESPO, E. (Dir.), *Neurociencias y Derecho Penal*, ob. cit.; CERVELLÓ DONDERIS, V., “Peligrosidad criminal y pronóstico de comportamiento futuro en la suspensión de la ejecución de la pena.” *La Ley Penal: Revista de Derecho penal, procesal y penitenciario*, núm.106, 2014, p. 4; MARTÍNEZ GARAY, L., “La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad”, *InDret*, núm. 2, abril 2014, 78 pp.

Por otra parte, en relación a la medida de internamiento en centro psiquiátrico que de todas las posibles es la que aquí interesa, se pretende modificar el artículo 98.3, para que conste que aunque en principio esta medida no podrá tener una duración superior a cinco años, cabe la posibilidad de prórroga, en caso de que transcurrido este plazo el internamiento continúe considerándose necesario para evitar la comisión de nuevos delitos. Se permite prolongar esta medida por periodos sucesivos de cinco años cada uno, sin que se establezca límite alguno al número de prórrogas. Así pues, se abre la puerta a las medidas perpetuas, y sin que la gravedad del hecho previamente cometido sea tenida en cuenta (y lo mismo sucede en relación a la medida de internamiento en un centro de educación especial, por la modificación que se pretende incorporar en el artículo 99). Al respecto Ferrajoli diría que “esta duración indeterminada y la ausencia de toda garantía relativa al momento en que han de cesar representan sin duda, el aspecto más vejatorio de las medidas de seguridad personales”¹⁹.

Los principios de proporcionalidad y la igualdad, como se ha dicho, se ven afectados, de la misma manera que lo hace el principio de legalidad, consagrado en el artículo 25.1 de la Constitución. A pesar de ponerlo en duda algunos autores, que defienden que entenderlo así se debe a una indeseable confusión no compatible con el fundamento de las medidas en la peligrosidad criminal, consideramos que el principio de legalidad también conlleva el rechazo de medidas de duración totalmente indeterminada, pues ello vulnera la exigencia de seguridad jurídica y, en general, el mandato de determinación.

Decir cabe, asimismo, que el hecho de que en el Proyecto se prevea la posibilidad de las medidas perpetuas contradice el mandato del artículo 25.2 de la Constitución de orientar no sólo las penas privativas de libertad sino también las medidas de seguridad, a la reinserción social. Ello, por otra parte, es contrario a la dignidad humana, cuyo respeto es obligatorio, tal y como se

19 FERRAJOLI, L., *Derecho y Razón*, 5ª ed., Madrid, 2001, pp. 781

indica en el artículo 10.1 de la Constitución, y supone un trato inhumano y degradante, de los proscritos en el artículo 15.

Y por último, aparentemente no se rechaza al principio de necesidad, que exige que las medidas sólo puedan imponerse si existe peligrosidad criminal y sólo se ejecutaran mientras subsiste dicha peligrosidad. Este principio actualmente aparece consagrado en los artículos 101 a 104 del Código penal y en el Proyecto se recoge en los artículos 95.1 y 97. Pero resulta censurable que se diga que la imposición de una medida “ha de resultar necesaria para compensar, al menos parcialmente, la peligrosidad del sujeto”. La expresión “al menos parcialmente” atenta contra el principio de subsidiariedad, pues la medida, como consecuencia jurídica penal que es, debería ser totalmente necesaria.

b) El contenido terapéutico de la medida y la tratabilidad de los TP

La medida de seguridad de internamiento en un centro psiquiátrico se correlaciona con la exigente completa o incompleta que se haya apreciado en la sentencia, 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 en todo caso debe tener 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 medidas alternativas al sistema de penas supone 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 TP. 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, esto y que es complicado realizar investigaciones

sistemáticas con estos pacientes. Esto último 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 prever un bajo éxito terapéutico, pero esto explica el fracaso sólo en parte.

Tampoco ayuda a la eficacia del tratamiento que en las prisiones españolas no existen programas específicos e individualizados de tratamiento de los TP, a lo cual ha contribuido la frecuente confusión conceptual que se ha detectado al respecto de los TP, 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 TP, 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 a 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. En cualquier caso, 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 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, pero 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, como posteriormente detallaremos, no se han encontrado, entre las unidades de hospitalización o programas específicos para los TP 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 TP aparecen junto con abuso y dependencia de sustancias tóxicas.

Y junto a lo dicho hasta el momento, la falta de inversión también puede haber influido en los malos resultados obtenidos. En los centros españoles la falta de recursos materiales y personales es denunciada por familiares de internos y por los propios trabajadores. Lo veremos más adelante.

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 TP sometidos a tratamientos específicos, por lo que debe aceptarse que son trastornos tratables y adaptables.²⁰

4. Recursos y programas especializados de tratamiento

a) Los modos de intervención y su eficacia

Las intervenciones en el campo de los TP 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 TP 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 casos²¹. Los profesionales sanitarios ponen de relieve que el tratamiento farmacológico es útil como apoyo para la terapia psicológica.

20 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.

21 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.

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 TP, tales como los síntomas psicóticos, la depresión o la ansiedad. En concreto, para el tratamiento de los pacientes con trastornos del grupo A, en un estudio de 1972 Reyntjens²² comprobó la eficacia de la pimozina, en otro de 1977 Barnes²³ detectó resultados positivos recurriendo a la mesorizadina, y en otro de 1986 Hymowitz y otros colegas²⁴ comprobaron que el haloperidol también funcionaba. Años después, en 1999, Chengappa, Ebeling, Kang y otros²⁵ demostraron la eficacia de la clozapina. Puede y debe citarse otro estudio más reciente, publicado en 2006, en el cual Sperry²⁶ propone la administración de risperidona, añadiendo ácido valproico si se obtiene una respuesta pero únicamente parcial. En caso de no detectarse ninguna respuesta

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

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

24 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.

25 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.

26 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.

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 colegas²⁷, en el que se comprueba la eficacia de la amitriptilina, y otro de 1991 de Markowitz y otros compañeros²⁸, en el que se prueban los buenos resultados de la Fluoxetina

Para el tratamiento de los trastornos del grupo B, en 1988 Cowdry y Gardner²⁹ comprobaron la eficacia de un antidepresivo, de la trifluoperazina, y en 1989 Teicher y otros colegas³⁰ de la tioridazina. Posteriormente se demostró la eficacia de antipsicóticos atípicos como la clozapina. Al respecto pueden consultarse los trabajos de Frankenburg y Zanarini³¹ y de Chengappa y otros investigadores³², publicados en 1993 y 1999, respectivamente. Actualmente también se recurre al aripiprazol, cuya eficacia y seguridad ha sido comprobada por Nickel, Loew y

27 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.

28 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.

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

30 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.

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

32 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.

Pedrosa-Gil³³ 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 1995³⁴ y por Coccaro y Kavoussi en 1997³⁵. También hay dos anticonvulsivantes que han resultado efectivos, la carbamazepina, como han demostrado Gardner y Crowd³⁶ en un estudio de 1986, y el valproato, según un estudio realizado por Kavoussi y Coccaro en 1998³⁷.

Para el tratamiento de los trastornos del grupo C, en un estudio realizado por Deltito y Stam³⁸ 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

-
- 33 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.
- 34 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.
- 35 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.
- 36 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.
- 37 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.
- 38 DELTITO, J.A. - STAM, M., “Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder”, *Compr Psychiatry*, vol. 30, 1989, pp. 498-504.

en sujetos tienen que tienen una historia de conducta impulsiva, autolesiva o de abuso de sustancias³⁹.

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, 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 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.

39 MARÍN, J.L. – FERNÁNDEZ GUERRERO, M.J., “Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad”, *Clinica y Salud*, vol. 18, núm. 3, 2007.

De acuerdo con la revisión efectuada en el año 2001 por Quiroga Romero y Errasti Pérez⁴⁰, 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 personalidad⁴¹, la terapia dialéctica⁴² 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 de los TP, tanto en general⁴³ como en particular para cada trastorno⁴⁴, dados los

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

41 El TP límite ha sido el TP 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 TP límite.

42 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

43 Entre los estudios, en fase experimental, sobre tratamientos cognitivo-conductuales de los TTPP, 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.

44 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 TP 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 TP evitativo, encontramos el trabajo de Cappe y Alden de 1986, los cuales llegan a la

escasos y asistemáticos 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 2012⁴⁵. Las personas participantes aseguraron haber experimentado el desarrollo de una introyección más positivo, subrayando haber

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 TTPP 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 TP 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 de control; 5) En el TP narcisista destaca la investigación de Myers de 1999, que consiste, sencillamente, en un caso clínico tratado con éxito con terapiapsicoanalítica; 6) El TP pasivo-agresivo ha sido tratado por Perry y Flannery en 1982 también en casos clínicos, cuatro en esta ocasión; 7) En relación al TP 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.

- 45 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.

experimentado mejoras en autoafirmación, amor propio y auto-protección, 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 Bond⁴⁶ 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. Destacan, asimismo, que en los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad, a pesar de no obtener buenos resultados psicoterapéuticos, se detectaron excepciones en los casos en los que existía una depresión comórbida, interpretando la asociación de este TP 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 TP que padece cada individuo. De hecho, también en el otro estudio citado, en el de Quiroga Romero y Errasti Pérez de

46 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.

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 cometidos⁴⁷.

Además de lo dicho, también queremos dejar apuntado que, según Livesley⁴⁸, el abordaje terapéutico de los TP 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

47 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.

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

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 TP. En una investigación realizada por Bamelis, Evers, Spinhoven y Arntz⁴⁹, 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 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 mejoramiento en el funcionamiento general y social, una menor discrepancia con auto-ideales, y mayor calidad de vida.

b) Dificultades para el tratamiento en España

En primer lugar se dirá que teniendo en cuenta la escasa información que proporciona el diagnóstico típico sobre la

49 BAMELIS, L.L. – EVERS, S.M. - SPINHOVEN, P. - ARNTZ, A., “Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of

disminución de la imputabilidad penal, la pericia psicológica en los tribunales debería ser descriptiva y funcional antes que categórica. El tribunal debe entender la realidad psíquica del acusado, siendo la misma sólo apreciable de forma adecuada en la vista oral, y configurándose como la información más necesaria para el juicio de imputabilidad.

Desafortunadamente, todavía algunos peritos forenses coinciden en que el TP no es una enfermedad, sino una manera de ser, aunque desde la publicación de la CIE-9 o del DSM-III-R se viene reconociendo, cada vez más claramente, la dificultad inherente a estos sujetos para ajustar su comportamiento a la ley penal como a tantas otras normas, a pesar de los graves perjuicios que ello les ocasiona.

Actualmente, los profesionales sanitarios y del sistema penitenciario informan del pronóstico desfavorable para el tratamiento y reinserción social cuando se presenta este tipo de trastorno. No somos capaces de establecer medidas adecuadas, ya sean terapéuticas o penitenciarias, para los encausados diagnosticados con TP.

Además, los tratamientos más relevantes los encontramos en el ámbito médico, o psicológico-psiquiátrico, y, aunque los mismos podrían ser válidos y desarrollables, no sólo en el ámbito de la pena de privación de libertad sino también en el entorno de las medidas de seguridad, no han sido tenidos en cuenta.

Observamos cómo las medidas penales no proporcionan una respuesta eficaz al problema, y los pocos programas de intervención que se realizan siguen, a menudo, los mismos esquemas repetidamente fracasados. Si el hecho delictivo se produce a causa de un trastorno mental o si éste potencia el riesgo de reincidencia, no nos sirve de nada aminorar la pena de prisión sin establecer medidas terapéuticas.

Schema Therapy for Personality Disorders”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 171, 2014, pp. 305-322.

Ante todo, deberíamos superar la visión pesimista que sólo sirve para justificar el abandono actual en la investigación de nuevas alternativas para la prevención y el tratamiento, abogando por un cambio de estrategia que debería comenzar por un diagnóstico adecuado y unos objetivos realistas, desde una perspectiva clínica e investigadora que no contribuya a alimentar más prejuicios sociales.

En una reciente revisión⁵⁰ se destacaba el escaso número de unidades y programas específicos en España para el tratamiento de los TP, y aunque puede resultar esperanzador el hecho de que las unidades específicas para el tratamiento de los TP hayan proliferado, debe tenerse en cuenta que la mayor parte de los recursos mencionados no admiten el ingreso de pacientes con conductas antisociales o cargas legales, y en algunos de ellos quedan excluidos los pacientes con patología dual (adicción a tóxicos), por lo que se apartan de poder ser utilizados para la ejecución de medidas de seguridad o sometimiento a tratamiento psicoterapéutico específico que imponga el Juez. En muchos casos estos tratamientos especializados quedarán reducidos a un

50 RUBIO LARROSA, V. - GRANADA LÓPEZ, J.M. - DÍAZ ALLEPUZ, M. - SOLANS GARCÍA, A., “Unidades y programas específicos de tratamiento” en ROCA BENNASAR, M. (Coord.). *Trastornos de la personalidad*, Barcelona, 2004, pp. 811-848. Enumeraron los escasos centros en nuestro país: 1) unidad de TP del Hospital de Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza); 2) programa integrado de TP del CSM de Arganda del Rey (Madrid); 3) unidad hospitalaria TLP del Hospital San Juan de Dios (Málaga); 4) programa piloto de atención integrada TLP y TP en los Centros Asistenciales de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona); 5) proyecto Cantabria de TP. En la actualidad, existen otros centros especializados u hospitales públicos con unidades específicas para el TP (y especialmente para el TLP) no mencionados en la anterior revisión: 6) Hospital de la Santa Creu y Sant Pau (unidad TLP); 7) Hospital General de Catalunya: “Instituto Trastorno Límite”; 8) Fundació Sociosanitaria de Barcelona (FSSB), Hospital Duran y Reinalds (UDAI-TLP); 9) Hospital Emili Mira (unidad TLP); 10) Hospital Vall d’Hebron (programa TLP); 11) Hospital Clínico San Carlos (Madrid); 12) Hospital Dr. Rodríguez Labora (Madrid), comunidad terapéutica de TLP; 13) Clínica San Miguel – Comunidad terapéutica de TLP (Madrid); 14) Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia – Unidad específica para personas con TLP (Zaragoza).

abordaje psicoterapéutico – farmacológico en un centro de salud mental no específico para el TP o en un programa de terapia grupal con participantes psicopatológicamente heterogéneos.

Debe criticarse, igualmente, que en España existen muy pocas unidades psiquiátricas penitenciarias. Sin contar la Unidad Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria Brians I, que está en Cataluña, que según determina el artículo 168 de su Estatuto de autonomía, relativo al sistema penitenciario, tiene competencia en materia de ejecución de la legislación penitenciaria, en el resto del Estado hay otros dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno en Sevilla y otro en Alicante, y de éstos dos únicamente el de Alicante admite a mujeres. Las plazas existentes en estos establecimientos son las que son, ni más ni menos, y no todos individuos a los que se les ha impuesto una medida de seguridad pueden ser enviados allí a recibir tratamiento.⁵¹ Además, esto no es todo.

Uno de los puntos más controvertidos es, sin duda, el de la existencia o no de hospitales psiquiátricos penitenciarios, teniendo en cuenta la existencia de un conjunto de individuos que habiendo cometido delitos graves, son privados de libertad por decisión judicial, aunque no se les considere responsables o no completamente. En nuestro país se desmanteló el viejo hospital penitenciario psiquiátrico, dirigido por funcionarios no médicos y con escasa dotación sanitaria, y un centro específico para psicópatas, que había sido fuente de continuos problemas, incluyendo graves motines que los funcionarios eran incapaces de controlar, y, como hemos dicho, se construyeron los establecimientos pe-

51 Encontramos noticias que se hacen eco de la alerta de la que fue secretaria general de Instituciones Penitenciarias, Mercedes Gallizo, por la sobreocupación que sufren los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios que hay en España, situados en Sevilla y Alicante, debido a que hay un “alto número” de enfermos que son ingresados “inadecuadamente” en dichos centros. Según destaca, esta situación es debida a que la derivación de estos internos a los recursos asistenciales ordinarios encuentra “mucho resistencia de las comunidades autónomas responsables de estos servicios”. <http://www.europapress.es/salud/noticia-hospitales-psiquiatricos-penitenciarios-estan-sobreocupados-alto-numero-ingresos-inadecuados-20110524103356.html>

nitenciaros psiquiátricos actuales. Ya hemos denunciado la falta de capacidad suficiente de los mismos, pero todavía queda por criticar que en la mayoría de los casos no se respeta la exigencia de que el internamiento debe cumplirse lo más cerca posible de donde tiene la persona o su familia su residencia habitual, pues no es extraño que el mismo se cumpla a cientos de kilómetros. Y también resulta censurable la falta de recursos, tanto personales como materiales. Que es así lo denuncian frecuentemente los trabajadores de estos centros, poniendo de relieve igualmente la falta de coordinación del sistema judicial con el sistema penitenciario⁵².

5. Conclusiones finales

A modo de conclusión, debe tenerse claro que la relación entre TP 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.

Por otra parte, a pesar de la confusión terminológica que todavía persiste, no debemos desconocer que las condiciones legales para un correcto afrontamiento del problema de los TP 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 TP en el ámbito de esta circunstancia.

52 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 2014.

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.

También procede criticar que la tónica general es la ausencia del cumplimiento efectivo de un tratamiento terapéutico individualizado. No puede justificarse esta realidad argumentando que no se dispone de suficiente presupuesto, de hecho debería incrementarse el presupuesto e incrementar los recursos destinados a tal efecto. Tampoco puede sostenerse que las personas que sufren un TP son intratables porque, como se ha comprobado, esto no es cierto. Y también debería haber quedado claro que es inadmisibles que las medidas tengan como finalidad única la inculcización de estas personas. No está de más recordar que a tenor del artículo 25.2 de la Constitución las medidas de seguridad han de orientarse a la reeducación y la reinserción social. Por ello, si pretendemos la consecución de la resocialización, no se deberían poner obstáculos ni excusas para la aplicación del tratamiento requerido en cada caso concreto.

Por último, hemos querido mostrar nuestro rechazo al Proyecto de reforma del Código penal. Lo primero que puede decirse en contra de los cambios que se pretenden introducir a los que se ha hecho referencia es que no se tiene en cuenta el mandato contenido en el artículo 25.2 de la Constitución. El respeto por el mismo conduce al rechazo de las medidas de internamiento con una duración totalmente indeterminada que puedan abarcar toda la vida del internado. También lo impide, como se ha explicado, la exigencia de legalidad y de seguridad jurídica. Nada de esto no ha sido tenido en cuenta por los redactores del Proyecto de reforma del Código penal. Además, recuérdese que en éste se abandona la idea de que las medidas de seguridad no puedan resultar más graves que las penas aplicables al delito cometido, el cual ya no se tiene en cuenta a efectos de la proporcionalidad, y se consigue con todo esto lo que hasta ahora ha tratado de evitarse, que no

es otra cosa que convertir a las personas sometidas a medidas de seguridad en personas de peor condición que aquellas otras que son plenamente imputables. También resulta censurable que para la aplicación de una medida de seguridad sea suficiente con que ésta sea parcialmente necesaria para compensar la peligrosidad del sujeto. Se recupera la idea de que el loco no puede andar suelto porque es peligroso y se promete que procediendo de esta manera se garantizará la seguridad, de una seguridad mal entendida. Queda claro que se quiere combatir la peligrosidad a toda costa, sin importar que existan ciertos límites a los que deben estar sometidas las medidas de seguridad, límites que no se respetan en el Proyecto.

6. Bibliografía

- AL-FAWAL PORTAL, M., “Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal”, J.M. Bosch, Barcelona, 2013.
- ALONSO RIMO, A., “Medidas de seguridad y proporcionalidad con el hecho cometido (a propósito de la peligrosa expansión del derecho penal de la peligrosidad)”, *Estudios Penales y Criminológicos*, núm. 29, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, quinta edición, DSM-V, Washington, DC, 2013.
- ARÓSTEGUI MORENO, J., “El tratamiento en el orden penal de la figura del delincuente psicópata”, en *Noticias Jurídicas*, 2008.
- BAIRD, J. - ROGERS, C., “Commentary: Personality disorder and diminished responsibility – The significance of priorities and objectives”, *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, núm. 37, 2009.
- 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.

- BARNES, R.J., “Mesoridazine (Serentil) in personality disorders: a controlled trial in adolescent patients”, *Diseases of Nervous System*, vol. 38(4), 1977.
- BEDICS, J. D. - ATKINS, D. C. - COMTOIS, K. A. - LINEHAN, M. M., “Las diferencias de tratamiento en la relación terapéutica e 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.
- BLASCO FONTECILLA, H., “Teoría de evolución y psicopatía: ¿nacidos para delinquir?”, en DEMETRIO CRESPO, E. (Dir.), *Neurociencias y Derecho Penal*, Madrid, 2013.
- BUSTOS RAMÍREZ, J., “La imputabilidad en un Estado de Derecho”, en *Bases críticas de un nuevo Derecho penal*, Bogotá, 1982.
- CANCIO MELIÁ, M., “Psicopatía y Derecho penal. Algunas consideraciones introductorias”, en FERNÁNDEZ TERUELO, J. – GONZÁLEZ TASCÓN, M.M. – VILLA SIEIRO, S.V. (Coords.), *Estudios penales en homenaje al profesor Rodrigo Fabio Suárez Montes*, Oviedo, 2013.
- 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. Colección Psicología y Ley*, num. 5, Oviedo, 2008.
- CAPARRÓS, N., “La imputabilidad del psicópata.” *Cuadernos de Derecho Judicial*, 1994.
- CARBONELL MATEU, J. C., “Sobre la imputabilidad en Derecho Penal español”, *Cuadernos de Derecho Judicial XVII*, Madrid, 1993.
- CARBONELL MATEU, J.C., “Los proyectos de reforma penal en España: un retroceso histórico”, *Teoría y derecho: revista de pensamiento jurídico*, núm. 14, 2013.

- CEREZO MIR, J., *Curso de Derecho Penal Español. Parte General*, Madrid, 2004.
- CERVELLÓ DONDERIS, V., “Peligrosidad criminal y pronóstico de comportamiento futuro en la suspensión de la ejecución de la pena.” *La Ley Penal: Revista de Derecho penal, procesal y penitenciario*, núm.106, 2014.
- 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, 1990.
- COBO DEL ROSAL, M. - VIVES ANTÓN, T. S., *Derecho Penal. Parte general*, 5ª ed., Valencia, 1999.
- COBO DEL ROSAL, M. - QUINTANAR DÍEZ, M., *Comentarios al Código penal*, tomo IV, Madrid, 2000.
- COCCARO, E. F. - KAVOUSSI, R. J., “Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, 1997.
- COWDRY, R. - GARDNER, D. L., “Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylecypromine”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, 1988.
- CUERDA ARNAU, M. L., “Aproximación al principio de proporcionalidad en Derecho penal”, en *Estudios Jurídicos en Memoria del profesor Dr. D. José Ramón Casabó Ruiz.*, tomo I, Valencia, 1997.
- DELGADO BUENO, S. - ESBEC RODRÍGUEZ, E., “Imputabilidad: concepto y perspectivas de los trastornos mentales”, *Psiquiatría legal y Forense*, vol. 1, 1994.
- DELTITO, J.A. & STAM, M., “Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder”, *Compr Psychiatry*, vol. 30, 1989.
- DEMETRIO CRESPO, E. (Dir.); MAROTO CALATAYUD, M. (Coord.), *Neurociencias y Derecho Penal. Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico-penal de la peligrosidad*, Madrid, 2013.
- DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., *Derecho Penal Español. Parte General en Esquemas*, Valencia, 2011.

- ESBEC RODRÍGUEZ, E. - GÓMEZ-JARABO, G., *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*, Madrid, 2000.
- ESPINOSA IBORRA, J., “El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo código”, *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 1997.
- FALCONE SALAS, D., “Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile”, *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso XXIX*, 2007
- FERRAJOLI, L., *Derecho y Razón*, 5ª ed., Madrid, 2001.
- FRANKENBURG, F.R. - ZANARINI, M.C., “Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study”, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 34 (6), 1993.
- GARCÍA ARÁN, M., *Fundamentos y aplicación de penas y medidas de seguridad en el Código Penal de 1995*, Pamplona, 1997.
- GARCÍA BLÁZQUEZ, M., *Un análisis médico-legal de la imputabilidad en el Código penal de 1995 (un análisis médico-legal del art. 20.1 y 20.2)*, Granada, 1997.
- GARCÍA PÉREZ, O., “La racionalidad de la proporcionalidad en sistema orientados a la prevención especial”, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 9, 2007.
- GARDNER, D. L. - COWDRY, R. W., “Positive effects of carbamazepine on behavioural dyscontrol in borderline personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, 1986.
- GISBERT CALABUIG, J. A., *Medicina legal y toxicología*, Barcelona, 2004.
- GONZÁLEZ GUERRERO, L., *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*, Madrid, 2011.
- GONZÁLEZ RUS, J. J., en *Comentarios al Código penal*, tomo I, Madrid, 1999.
- GUNDERSON, J.G. - GABBARD, G.O. (Dir.), *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*, Barcelona, 2002.

- HYMOWITZ, P. - FRANCES, A. - JACOBSBERG, L.B. - SICKLES, M. - HOYT, R., “Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders”, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 27(4), 1986.
- JIMÉNEZ DÍAZ, M.J. - FONSECA MORALES, M.J., *Trastornos de la Personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial*, Madrid, 2006.
- JIMÉNEZ, M. J. - FONSECA, G. M., *Trastornos de la personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial*, Madrid, 2010.
- KAVOUSSI, R.J. - COCCARO, E.F., “Sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 59(12), 1998.
- LEICHSENRING, F. - LEIBING, E., “The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 160(7), 2003.
- LINEHAN, M.M., “The empirical basis of dialectical behavior therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments”, *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 1, 2000.
- LIVESLEY, W.J., *The DSM-IV personality disorders*, Nueva York, 1995.
- MARÍN, J.L. – FERNÁNDEZ GUERRERO, M.J., “Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad”, *Clínica y Salud*, vol. 18, núm. 3, 2007.
- MARÍN, J.L. - FERNÁNDEZ, M.J., “Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad”, *Clínica y Salud*, vol. 18 (3), 2007.
- MARKOVITZ, P.J. - CALABRESE, J.R. - SCHULZ, S.C. - MELTZER, H.Y., “fluoxetine treatment of borderline and schizotypal personality disorder”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, 1991.
- MARTÍNEZ PÉREZ, F. (Dir.), *Cuadernos de Derecho Judicial. Enfermo mental y proceso penal. Especial referencia a las medidas cautelares*, I, Madrid, 2006.

- 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.
- MARTÍNEZ GARAY, L., *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*, Valencia, 2005.
- MARTÍNEZ GARAY, L., “La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad”, *InDret*, núm. 2, abril 2014.
- MARTÍNEZ MORA, G., *El marco constitucional de las medidas de Seguridad postdelictuales*, Tesis Doctoral, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, 2013.
- MATEO AYALA, E. J., *La imputabilidad del enfermo psíquico: Un estudio de la eximente de anomalía o alteración psíquica en el Código penal español*, Madrid, 2003.
- MILLON, T. – EVERLY, G.S., *La personalidad y sus trastornos*, Barcelona, 1994.
- MIR PUIG, S., *Derecho penal. Parte General*, 9ª ed., Barcelona, 2011.
- MORA URRUELA, A., *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica: la capacidad de culpabilidad penal a la luz de los modernos avances en psiquiatría y genética*, Granada, 2004.
- MORALES GARCÍA, J. L., “La imputabilidad disminuida. Una confrontación de tesis jurisprudenciales.” *Revista de Ciencias Penales*, núm. 25, 2008.
- MUÑOZ CONDE, F - HEREDIA MARTÍNEZ, F., “La imputabilidad en la perspectiva de la actual legislación”; *Revista Española de Medicina Legal*, XII, 1985.
- MUÑOZ CONDE, F. - GARCIA ARÁN, M., *Derecho Penal. Parte General*, Valencia, 2010.
- MUÑOZ CONDE, F., *Derecho penal y control social*, Jerez, 1985
- MUÑOZ CONDE, F., *La imputabilidad desde el punto de vista médico, psiquiátrico y jurisprudencial*, Mérida, 1985.

- 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.
- ORTS BERENGUER, E. – GONZÁLEZ CUSSAC, J.L., *Compendio de Derecho penal. Parte General*, Tirant lo Blanch, 3ª ed., Valencia, 2011.
- PANTOJA GARCÍA, F. – BUENO ARÚS, F., “Actual doctrina de la imputabilidad penal”, *Estudios de Derecho judicial*, núm. 110, 2006.
- QUINTERO OLIVARES, G. - MUÑOZ CONDE, F., *La reforma penal de 1983*, Barcelona, 1983.
- QUINTERO OLIVARES, G., *Parte General del Derecho Penal*, 4ª ed., Cizur Menor, Navarra, 2010.
- QUIROGA ROMERO, E. - ERRASTI PÉREZ, J. M., “Tratamientos psicológicos eficaces par a los trastornos de personalidad”, *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, 2001.
- REQUEJO RODRÍGUEZ, P., “Peligrosidad criminal y Constitución”, *InDret*, núm. 3, 2008.
- REYNTJENS, A.M., “A series of multicentre trials with pimozide in psychiatric practice”, *Acta Psychiatr Belgica*, 1972.
- ROCA BENNASAR, M. (Coord.), *Trastornos de la personalidad*, Barcelona, 2004.
- ROCA PIERA, M., “Intervención con psicópatas en prisión” en: *Actas de la 4ª Reunión Internacional sobre biología y sociología de la Violencia*, Valencia, 1999.
- RODRÍGUEZ MOURULLO, G., “Medidas de seguridad y Estado de Derecho”, en AAVV: *Peligrosidad social y medidas de seguridad*, Valencia, 1974.
- RODRÍGUEZ, P., “Peligrosidad criminal y constitución”; *InDret*, Barcelona, 2008.
- ROSS, R., “¿Tiene la psicopatía algún tratamiento eficaz?” en: *Actas de la 4ª Reunión Internacional sobre biología y sociología de la Violencia*, Valencia, 1999.
- SALVADOR CONCEPCIÓN, R., “La inimputabilidad por anomalía o alteración psíquica. Tratamiento jurisprudencial actual”, *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 6, 2013.

- 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.
- SCHEEL, K.R., “The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications”, *Clinical Psychology-Science & Practice*, vol. 7(1), 2000.
- 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.
- SORIA, M. A. - SAIZ, M. D., *Psicología Criminal*, Madrid, 2006
- SPERRY, L., “Psychopharmacology as an Adjunct to Psychotherapy in the Treatment of Personality Disorders”, *Journal of Individual Psychology*, vol. 62(3), 2006.
- 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, 1988.
- TENCA, A. M., *Imputabilidad del psicópata*, Astrea, Buenos Aires; CANEO, C. (2012), “Trastornos de personalidad e imputabilidad”, *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, núm. 8, vol. 1, 2009.
- TERRADILLOS BASOCO, J. M., “La reforma penal española y la ‘nueva’ peligrosidad criminal: un reto para la psiquiatría legal”, *Revista de Derecho Penal*, núm. 21, 2013.
- URRUELA MORA, A., *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*, Granada, 2004.
- VÁZQUEZ, C. – RING, J. – AVIA, M.D., “Trastornos de la personalidad”, en FENTENEbro, F. – VÁZQUEZ, C. (Eds.), *Psicología Médica, sicopatología y psiquiatría*, vol. 2, Madrid, 1991.
- VEGA GUTIÉRREZ, Z., “Las alteraciones o perturbaciones psíquicas como causas de ininputabilidad: especial proble-

- mática en el ámbito de las psicopatías”, *Encuentro*, núm. 70. Octubre-Diciembre 2004.
- VEGA GUTIÉRREZ, Z., “Las alteraciones o perturbaciones psíquicas como causas de imputabilidad: especial problemática de la psicopatía.” *Revista de Derecho*, núm. 9, 2013.
- VILLAREJO RAMOS, A., “Reflexión sobre la imputabilidad de los Trastornos de Personalidad”, *Cuadernos de Medicina Forense*, núm. 24, 2001.
- VIVES ANTÓN, T.S., “Métodos de determinación de la peligrosidad”, en AAW: *Peligrosidad social y medidas de seguridad*, Valencia, 1974.
- VIVES ANTÓN, T.S., en *Comentarios al Código Penal de 1995*, tomo I, Valencia, 1996.
- ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. (Dir), *Fundamentos del Derecho Penal. Parte General*, 4ª ed., Valencia, 2010.
- ZUGULDÍA ESPINAR, J. M., “La aplicación de medida de seguridad a drogodependientes en los casos no previstos expresamente en la ley (atenuante de grave adicción a drogas y atenuante analógica de drogadicción)”; *Actualidad Jurídica Aranzadi*, año VII, núm. 288, 1997.