
DELICTOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA IMPUTABILIDAD

PERSONALITY DISORDERS AND THEIR IMPACT ON THE APPORTIONMENT

JUAN DE DIOS MOLINA MARTÍN
Hospital Dr. Rodríguez Lafora

VICTORIA TRABAZO ARIAS
Universidad Camilo José Cela

LAURA LÓPEZ SÁNCHEZ
Hospital Dr. Rodríguez Lafora

SARA FERNÁNDEZ LIAÑO
Universidad Complutense de Madrid

e-mail: mtrabazo@ucjc.edu

RESUMEN

La presencia en un sujeto de un trastorno de personalidad puede suponer que éste tenga una forma de ser cuando menos "peculiar" y que en ocasiones estas características sean determinantes o influyan en la comisión de un delito. Dentro del amplio grupo de los trastornos de personalidad concurren diferentes características con mayor o menor influencia en la imputabilidad del sujeto, es decir, en sus capacidades cognoscitiva y volitiva. En nuestra jurisprudencia, encontramos un tratamiento de los trastornos de personalidad muy variado, desde sentencias en las que no se considera que exista un trastorno mental y que por lo tanto el sujeto es plenamente imputable, hasta otras, las menos, en las que se le aplica una eximente completa declarándolo inimputable. A continuación haremos un breve

ABSTRACT

The presence in a subject of a personality disorder can be assumed that it has a way of being "peculiar" and sometimes these features are not decisive or influence in the commission of a crime. In the group of personality disorders there are several features with greater or lesser influence on the attribution of the subject, cognitive and volitional capacities. In our case, we found that treatment of personality disorders varied from judgments in which there is not considered a mental disorder and therefore the subject is fully attributable to other, less, where it be a complete exemption applies declaring karina. In this article, me analyse various personality disorders, their influence on the attribution of the person and the judicial treatment.

análisis de los diferentes trastornos de personalidad, su influencia en la imputabilidad de la persona y el tratamiento jurisprudencial de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Trastorno-personalidad, psicopatía, imputabilidad, eximente, atenuante.

KEY WORDS

Personality disorder, psychopathy, accountability, defense, mitigating.

DEFINICIÓN DE IMPUTABILIDAD: CAPACIDAD COGNOSCITIVA Y CAPACIDAD VOLITIVA

La imputabilidad es un concepto estrictamente jurídico que proviene del derecho penal. Este constructo no puede concebirse sin la existencia de la posibilidad de elección de conducta, que permite hacer responsable al autor de una conducta de un hecho ilícito. Así, desde la perspectiva de la justicia se establece que para que exista una modificación en la imputabilidad del sujeto, sus capacidades cognoscitivas y volitivas han debido verse alteradas en mayor o menor medida. Desde el punto de vista de las ciencias del comportamiento, López Gómez y Gilbert Calabuig (1993) exponen, tras revisar múltiples autores, que los requisitos psicobiológicos de la imputabilidad deben ser: un estado de madurez física y psíquica mínima en relación a la edad, plena conciencia de los actos que se realizan, capacidad de voluntariedad y capacidad de libertad.

La *capacidad cognoscitiva* hace referencia a la capacidad que un sujeto posee para captar los aspectos de la realidad a través de los sentidos y comprenderlos. Está relacionada con el conocer. Es la capacidad de recibir, asimilar, estructurar, relacionar y modificar la información del entorno con los diferentes procesos que utiliza la mente. Lo relevante de esta capacidad en el ámbito penal son las dimensiones psíquicas que dan la posibilidad al sujeto el distinguir la licitud o ilicitud de una conducta. Es decir, si el sujeto posee todo aquello que le permita el suficiente juicio crítico como para valorar si una conducta es dañina, nociva, lesiva, etc. o no lo es (Arribas, 2005).

Podemos definir desde el Derecho a la *capacidad volitiva* como la aptitud de dirigir voluntariamente nuestra conducta. Si la circunstancia en la que, por ejemplo, se ha cometido un delito, no diera al sujeto la posibilidad de controlar su pro-

pia pauta comportamental y no se le pudiera exigir otra conducta distinta a la que realizó, sin duda, su imputabilidad se vería modificada (Arribas, 2005).

Siguiendo a González y Robles, (2005), para que un acto psicopatológico no sea imputable a un acusado, se requiere que estén afectados uno o más de los condicionantes: yoidad, conciencia, inteligencia y voluntariedad. Podemos incluir los conceptos de *Yoidad*, *conciencia e inteligencia* dentro de la capacidad cognoscitiva; mientras que en la capacidad volitiva encontraríamos a la *voluntariedad*.

Si queremos comprobar que la persona juzgada ha perdido plenamente su *yoidad*, se debe examinar que exista una desorientación autopsíquica, es decir, el desconocimiento o la ignorancia de su propia identidad. En ocasiones las personas que pueden sufrir una enfermedad pierden el sentido de si mismo, no recuerdan quienes son, su mente no consigue enlazar ni darle sentido al propio ser de la persona (puede darse en las alucinaciones o incluso delirios, etc.).

En relación a la *conciencia*, el acusado puede padecer alteraciones cualitativas y cuantitativas que motiven un estado de obnubilación, confusión o ideación percepción patológica, que estrechen el campo en grado suficiente como para desconocer la realidad de los hechos. La *inteligencia*, por su parte, puede provocar un deterioro en el individuo, un desconocimiento de la diferencia entre lo bueno y lo malo, lo permitido y lo no permitido, entre lo ético y lo moral, en definitiva, el conocimiento necesario para elaborar un juicio lógico de la acción y repercusión de su conducta. Finalmente, la *voluntad* puede verse cortocircuitada, anulada o disminuida tanto por estados anímicos específicos, generalmente estados de necesidad o emocionales como por alteraciones en la capacidad cognoscitiva (por ejemplo en casos de delirios, alucinación, etc.).

EXIMENTE COMPLETA, EXIMENTE INCOMPLETA Y ATENUANTE ANALÓGICA APLICADAS A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Eximente completa

Cuando nos encontramos ante un supuesto donde el sujeto enjuiciado presenta un trastorno de la personalidad, si no es de gran intensidad, en principio, puede que el sujeto no tenga afectada ninguna de sus facultades (intelectuales ni volitivas), o tal vez que presente una merma de las mismas. Sin embargo, cuando el trastorno se combina con otros factores, como el alcohol, es usual una afectación de sus facultades. La intensidad de dicha afectación deberá ser analizada

en cada caso concreto, pudiendo llegar a una situación de inimputabilidad (Karpman, 1961).

Esta situación de inimputabilidad tendrá lugar cuando dicho agente exacerbe el trastorno de la personalidad, 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 eximente (Jiménez y Fonseca, 2007).

Eximente incompleta

La doctrina comúnmente aceptada es que para apreciar la eximente incompleta es preciso que se den los requisitos esenciales de la eximente plena y que los que falte no sean fundamentales. Así, cuando la anomalía o alteración no impida totalmente comprender la ilicitud del hecho, pero aminoren la comprensión o mermen la libertad de determinación y actuación volitiva, se podrá aplicar una eximente incompleta.

Atenuante analógica

Son aquellas circunstancias que disminuyen la responsabilidad criminal contempladas genéricamente en la ley penal en atención a la identidad de razón o estructura y motivación de las mismas con las determinadas especificadas en la norma (Stomatoulos, 2009).

Con la entrada en vigor del CP de 1995, tal y como señala la jurisprudencia “las cosas han cambiado, ya que un trastorno de la personalidad puede incluirse en la denominación legal de “cualquier anomalía o alteración psíquica”, y por ello dichos trastornos no tienen análogo significación a las anomalías psíquicas sino que lo son. Sin embargo, su trascendencia respecto a la imputabilidad estará en función de la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a esa comprensión, de forma que si estas capacidades concurren en el mismo su imputabilidad no estará mermada” (STS de 16 de noviembre de 1999).

En la práctica resulta difícil precisar la distinción entre eximente incompleta, que puede concurrir cuando no se dan todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad por causa de anomalía o alteración psíquica, y la atenuante de análoga significación a dicha eximente incompleta. La regla general es que la mayoría de los trastornos de la personalidad se resuelven penalmente aplicando una atenuante analógica (Jiménez y Fonseca 2007).

DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CLASIFICACIONES

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por una disfunción global de los patrones de comportamiento y sentimiento del individuo. Constituyen por lo tanto patrones mal adaptativos de la personalidad, que se manifiesta desde la adolescencia y acompañan al individuo durante toda su vida y produce una clara limitación en su funcionalidad. La diferencia entre una personalidad peculiar y una personalidad trastornada se encuentra en la presencia de dicha limitación funcional, que afecta a sus relaciones interpersonales, al ámbito laboral, su desarrollo personal y su calidad de vida.

Thomas Arnold distinguió en 1806 el *ideal insanity* del *notional insanity*. El primer término se refiere a una locura donde se manifiestan alucinaciones ya que se dan perturbaciones en las distintas sensaciones. Sin embargo, la Notional Insanity se trata de la locura que proviene del fracaso en las asociaciones establecidas causado por el dominio de las pasiones (Arnold, 1782, 1786).

En el libro *An inquiry into influence of physical causes upon the moral faculty* de Benjamin Rush se incluye el término *moral derangement* o depravación moral (innata). Con esta expresión denomina un trastorno mental en el cual sólo se ven afectadas las facultades morales, dejando preservadas la razón y el intelecto (Rush, 1786). “Manía sin delirio” es el término que utilizó Pinel en 1809 para describir a las personas que, conservando su área cognitiva, llevaban a cabo una conducta que chocaba con las normas sociales, morales o legales, en los que se podían observar ataques de ira sin sentimientos de culpabilidad (Pinel, 1809). Koch intenta explicar la base constitucional o biológica de este trastorno creando el término “inferioridad psicopática constitucional” (Koch, 1891). Por último, es llamada *locura moral* a la perversión de los sentimientos, afectos y capacidad de acción, ausente de ilusiones, alucinaciones u otras alteraciones del pensamiento y en la que destaca que en ocasiones se observa una tendencia hereditaria, especialmente en lo que respecta a la aparición de sentimientos de furia o malicia sin provocación previa (Pritchard, 1895).

En el modelo de Millon, se entienden la “normalidad” y la “patología” como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas (Millon, 2002). No hay una línea divisoria tajante entre las dos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. La diferencia fundamental es que las personalidades “normales”

son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. Así, se entiende por Personalidad normal los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Los trastornos de personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual. Es decir, la personalidad normal y saludable se caracteriza porque tiene capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa, las percepciones sobre sí mismo y su entorno son fundamentalmente constructivas y por último, los estilos característicos de su conducta son promotores de salud. Mientras que la personalidad con trastornos afronta las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y con conductas desadaptativas, tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes, y al contrario que el anterior, sus patrones predominantes de conducta tienen efectos perniciosos sobre la salud.

Esta concepción permite establecer unos criterios relacionados con la presencia de un patrón de personalidad con trastornos:

- a) Escasa flexibilidad adaptativa, que refleja tendencia consistente en relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles, que se aplican de forma siempre igual.
- b) Tendencia a crear circuitos de retroalimentación patológica, producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique.
- c) Labilidad, que se manifiesta en la fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés.

Para Freud la normalidad o salud es el equilibrio entre las tres estructuras de personalidad, ello, yo y superyo, equilibrio que lleva a cabo el yo. Para explicar la génesis del trastorno es imprescindible fijarnos en las experiencias infantiles (Freud 1916). La patología será el desequilibrio y más concretamente la pérdida del yo de la capacidad para equilibrar. Coherentemente la psicoterapia son estrategias para intentar devolverle al yo su capacidad equilibradora.

Rogers sin embargo, no habla de psicopatología, ni de salud y enfermedad, sino de ajuste y desajuste y conductas alteradas, está relacionada con la autoconsideración positiva del paciente. Normalmente los individuos desajustados tienden a hacer valoraciones negativas y a utilizar muchos mecanismos de defensa.

En este modelo hay dos tipos de conductas alteradas, las defensivas, que son aquellas en las que se ponen en marcha muchos mecanismos defensivos para con-

seguir el equilibrio que es muy inestable y necesita apuntalarse de forma constante, y las desorganizadas, que son aquellas en las que no se utilizan mecanismos de defensa, o se utilizan, pero no consiguen equilibrar el sistema, presentando estas personas graves problemas de adaptación a la realidad.

En realidad, las conductas defensivas de Rogers se corresponden con la neurosis, considerándola como niveles intermedios de incongruencia, que conlleva la utilización excesiva de mecanismos de defensa para solucionar la incongruencia. Y las conductas desorganizadas se corresponden con las psicosis, considerándolas como originadas por la incongruencia total, tan grande que los mecanismos de defensa son incapaces de reequilibrar el sistema, y producen la pérdida de contacto con la realidad, e incluso se crean realidades alternativas.

Kelly fue otro autor que habló sobre la personalidad. Los modelos psicoanalítico y rogeriano conceptualizaban la salud en términos de equilibrio y secundariamente en términos de adaptación. Sin embargo, Kelly no utiliza el concepto de equilibrio para definir la psicopatología. Para Kelly la enfermedad mental tiene que ver con el sistema de constructos personales, con su organización y con la forma en la que los constructos ayudan a percibir y construir la realidad. De hecho Kelly no habla de psicopatología ni de salud y enfermedad, estos conceptos no existen. Dice que hay diferentes formas de procesar la realidad; algunas de estas formas de procesar producen problemas a la sociedad, al individuo y ambos.

Para Kelly no hay sanos ni enfermos. Hay personas ajustadas y no ajustadas. El nivel de ajuste viene por la eficacia de su nivel de constructos; si su sistema de constructos explica bien o no la realidad. Las personas cuyo sistema de constructos no consigue la adaptación a la realidad son desajustadas y tiene problemas psicológicos.

No podemos dejar de mencionar el hecho de que en los textos legales y en la jurisprudencia así como en otros textos de psicopatología se habla de psicopatía como sinónimo de trastorno de personalidad. Y es necesario aclarar que desde un punto de vista clínico, el concepto *psicópata* es anterior históricamente al de trastorno antisocial de la personalidad recogido en las clasificaciones internacionales. Conviene aclarar que desde el punto de vista no jurídico, psicópata es un concepto más amplio y que incluye el concepto de *demencia moral* de imposibilidad de empatizar con el otro, unido a su impulsividad e inclinación hacia el comportamiento violento.

Los *estados psicopáticos* son aquellos trastornos constitucionales que se manifiestan como personalidades mórbidas (Kraepelin, 1896). Este término fue sustituido por *personalidades psicopáticas* en 1904 para hacer referencia a formas mórbidas y degenerativas de desarrollo de la personalidad (Kraepelin, 1904).

En 1914 se describe el término sociopatía donde se muestra la importancia que tiene el entorno, el aprendizaje vicario, el social, las experiencias negativas tempranas, etc. con respecto a este trastorno (Birbaum, 1914). Otros autores ven en las personalidades psicopáticas reflejado un temperamento que no deja que estos individuos puedan llevar a cabo una buena adaptación con su entorno (Kretschmer, 1921). En 1923 se clasifica la psicopatología en diez subtipos atendiendo a sus rasgos más destacados, así nos encontramos con: hipertímicos-activos; depresivos; inseguros de sí mismos; fanáticos; necesitados de estimación; lábiles; explosivos; desalmados; abúlicos; asténicos (Schneider, 1923). Para Gough en este tipo de personalidad lo esencial es la búsqueda de satisfacción inmediata, preferencia por su satisfacción personal antes que por la de los demás, conducta impulsiva, incapacidad para formar relaciones afectivas profundas o duraderas, falta de ansiedad, sin responsabilidad por los propios fracasos y pobreza emocional (Gough, 1948). Meyer afirma que hay que distinguir la psicosis de la psicopatía, ya que una es una enfermedad y la otra una anormalidad que causa sufrimiento (Meyer, 1952). Karpman define al psicópata como un individuo insensible, inmaduro, con reacciones emotivas simples aunque pueda simular otras para conseguir sus objetivos. Al no padecer ansiedad o miedo los castigos no tienen efecto sobre él (Karpman, 1961). Otros autores diferencian al antisocial del psicópata afirmando que no todos los antisociales son psicópatas ya que para ello se necesita prescindir de la capacidad de amar y el remordimiento (McCord y McCord, 1964).

Teniendo en cuenta las respuestas de estos individuos a algunos cuestionarios, un conjunto de psiquiatras seleccionaron los ítems más importantes a la hora de evaluar la psicopatología: No saber aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada; falta de sentido de la propia responsabilidad; incapacidad para establecer relaciones interpersonales; control de impulsos deficiente; actitud crónica o reiteradamente antisocial; ineficacia de los castigos para hacerles cambiar de conducta; inmadurez emocional; incapacidad para experimentar sentimientos de culpa; egocentrismo (Gray y Hutchinson, 1964). Craft resaltaba como característica principal de la psicopatología la ausencia de sentimientos, afecto y amor y la presencia de impulsividad (Craft, 1965). Foulds y Buss destacan la falta de empatía y el egocentrismo (Buss, 1966; Foulds, 1965).

Cleckley propuso una serie de criterios para el diagnóstico de psicopatía: encanto externo y notable inteligencia; ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional; ausencia de nerviosismo o de manifestaciones psiconeuróticas; inestabilidad, poca formalidad; falsedad e insinceridad; falta de sentimientos de remordimiento o vergüenza; conducta antisocial inadecuadamente motivada; razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la

experiencia vivida; egocentrismo patológico e incapacidad para amar; pobreza general en las principales relaciones afectivas; pérdida específica de intuición; insensibilidad en las relaciones interpersonales generales; comportamiento fantástico y poco recomendable con y sin bebida; amenazas de suicidio raramente llevadas a cabo; vida sexual impersonal, trivial y pobremente integrada; fracaso para seguir un plan de vida (Cleckley, 1976).

Cleckley (1941) hace especial referencia a la dificultad en la comprensión emocional de estos sujetos y en su incapacidad de percatarse del sufrimiento del otro. Es de gran interés su planteamiento de que el psicópata no puede empatizar con el dolor o sufrimiento ajeno porque su aparato psíquico no contiene estos conceptos. También cabe destacar el papel que otorga a las víctimas, en tanto, la acción del psicópata pareciera destruir el aparato psíquico de su presa en forma tal que ésta queda literalmente desarmada frente a él o ella.

Robert Hare, psicólogo forense de la Universidad de British Columbia, Canadá, propone que un psicópata es un sujeto caracterizado por una constelación de rasgos que se agrupan en cuatro áreas, lo interpersonal, lo afectivo, el estilo de vida y el estilo antisocial. Define al psicópata como un sujeto superficial, locuaz y encantador; con una gran capacidad de manipulación y de control sobre las demás personas. Su emocionalidad es poco profunda, no se vincula afectivamente con nadie y tiene una manifiesta incapacidad de sentir culpa o remordimiento por el daño causado a sus víctimas. En general es buscador de emociones fuertes, irresponsable, y tiene un estilo de vida que depende del impulso del momento. No planifica su futuro y resta importancia a los problemas que sus acciones delictuales o transgresiones éticas pudiesen acarrearle. Hay un desprecio total hacia las demás personas y tiene un marcado egocentrismo. Su estilo trasgresor se expresa desde edades muy tempranas, incluso antes de los 12 años.

En su génesis habría un fuerte componente biológico modulado por el medio, que se manifiesta a lo largo de toda la historia vital del sujeto y no a partir de un acontecimiento traumático (Eysenck, 1981). Tampoco, se puede realizar un diagnóstico de psicopatía en base a un solo delito o a un solo acontecimiento, sin importar lo grave que haya sido, sino que el psicópata es un sujeto movedido a la hora de transgredir y las conductas antisociales deberán ser evaluadas por su intensidad, frecuencia y versatilidad (Hare, 1984). Actualmente *psicopatía* (Blackburn, 1992; 1993; 1993b) se puede entender como un trastorno de personalidad, como una conducta social desviada y como mezcla entre ambas.

En la actualidad, para clasificar los trastornos de la personalidad se utilizan los dos sistemas diagnósticos de mayor aceptación entre los especialistas de la salud mental: la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10)

de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2002).

La psicopatía se identifica con el trastorno antisocial de la personalidad en el DSM-IV, pero los criterios establecidos por la APA no se corresponden con las tesis de nuestros teóricos (Blackburn y Coid, 1999; Hare, 1974; Kernberg, 1984).

Puede ocurrir que no se llegue a distinguir entre la psicopatología y la marginación social o incluso la delincuencia pero hay que tener en cuenta que estas últimas pueden tener etiologías diversas como la capacidad económica o la cultura y que forman parte de cualquier sociedad. Además no hay que olvidar que los llamados psicópatas pueden no cometer delitos e incluso tener éxito social (Graña y Crespo, 1996).

Hoy en día el porcentaje que se maneja en España con relación a la presencia de este trastorno es de aproximadamente el 10% en población general (Esbec, 1997) y el 15-20% en población reclusa (Hare, 1999). Aunque no se conoce la prevalencia de los trastornos de la personalidad y psicopatías en la población criminal (Yuste, 1999).

A continuación describiremos las características de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad, para lo que vamos a seguir la clasificación de O.M.S. (CIE 10), entre otros motivos, porque es la referida con mayor frecuencia por el Tribunal Supremo en sus sentencias.

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Características

Estos individuos se caracterizan por ser suspicaces, desconfiados, cautelosos, vengativos y responden con ira al interpretar que los actos de los demás cursan con engaño, desaprobación y traición. Protagonizan constantes conflictos con su cónyuge debido a su elevada predisposición a los celos patológicos y poseen una actitud autorreferencial constante tendiendo a sentirse agraviados, por lo que suelen incurrir en injurias, falsas denuncias, etc.

Delitos habituales

Se trata de personas que no quedan satisfechas con las acciones de los demás por lo cual acuden de manera repetitiva a los tribunales para plantear quejas, reclamaciones o denuncias, convirtiéndose en verdaderos pleitistas.

Los actos delictivos más probables en estos sujetos son los delitos contra las personas, particularmente lesiones, homicidios, asesinatos, que rara vez no llevan

aparejada violencia y generalmente cometen también actos contra el orden social o jurídico.

Relación entre clínica e imputabilidad

En este tipo de trastornos es muy común que la capacidad cognoscitiva y la volitiva estén afectadas ya que son personas que suelen tener muy presentes síntomas alucinatorios o delirantes, estos hacen que su pensamiento se vea alterado, con la consiguiente alteración de su conducta y por su puesto de su voluntad. Por ello es importante saber que su imputabilidad podrá verse afectada ya que en ellos pueden estar alteradas las capacidades que responsabilizan a las personas de sus actos.

Pero sin embargo, por las características de este trastorno, resulta complicado justificar ante el Juez que, ante un delito, una persona con este trastorno no es imputable. Esto es porque normalmente se percibe la vida de estos sujetos como un ejemplo de perfección y organización, mientras que es sólo una esfera muy pequeña de su vida la que está alterada (por ejemplo con sintomatología delirante) de tal manera que pueden llegar a perder los requisitos necesarios para ser juzgados.

Estas personas pueden perder su yoidad, conciencia de la realidad y su voluntariedad en situaciones estresantes donde pueden cometer un delito. Es en ese caso cuando su conducta delictiva puede estudiarse ante la posibilidad de que pueda ser considerada eximente por la enfermedad.

TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Características

El comportamiento de estos individuos es generalmente contrario a las normas sociales y se caracterizan por mantener relaciones interpersonales frías, superficiales, donde suele aparecer la infidelidad y promiscuidad sexual y en las que únicamente valoran a las personas en función de cuan útiles en la práctica les puedan resultar. Así mismo, son sujetos manipuladores, mentirosos, que carecen de empatía, egocéntricos y crueles y se describen a sí mismos como individuos intrépidos y ávidos de emociones intensas. En ocasiones presentan trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con consumo de sustancias (adicciones a tóxicos), trastornos de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos y suele observarse de manera asociada, criterios para otros trastornos de la personalidad, en especial los trastornos límite, histriónico y narcisista.

Delitos habituales

Es el que mayor interés jurídico y forense tiene, ya que estos sujetos son los que más delinquen y los que mayor alarma social producen. Su falta de sentimiento de culpa se traduce en todo tipo de justificaciones para sus actos, de modo que se muestra a sí mismo como incomprendido o víctima de la sociedad, guiándose siempre por sus propias reglas y no admitiendo nunca el menor remordimiento o vergüenza por sus actos (Jiménez y Fonseca, 2007).

Abundan actos delictivos como robos, agresiones, chantajes, estafas, violaciones y hasta homicidios o asesinatos. Impulsivos por naturaleza, no miden el peligro ni las consecuencias de sus acciones, incurriendo repetidamente en actos arriesgados para sí mismos y para los demás. Además, la tasa de muerte violenta en estos individuos es más elevada que en la población general por ejemplo por ajustes de cuentas. Incapaces de tolerar las frustraciones, pueden ser muy violentos si no consiguen lo que se proponen.

Relación entre la clínica e imputabilidad

Respecto a la imputabilidad del trastorno antisocial de la personalidad, el tema ha sido muy debatido, sin embargo, la realidad es que, en sentido estrictamente jurídico-psicológico estos sujetos tienen conocimiento de la ilicitud de sus acciones y voluntad clara de infringir la norma legal.

Son conscientes de lo que hacen en cada momento y por eso también responsables de sus actos. Por esto, muchos autores ven en ellos absoluta imputabilidad, criterio este también predominante entre los jueces.

TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

Clasificación y características

1. *De tipo impulsivo*: Se trata de sujetos cuyo comportamiento no puede predecirse, que no son capaces de controlarse y que lo mismo se muestran violentos y coléricos que afectuosos y dulces. Presentan explosiones de violencia o comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros (Zanarini, 1993). Los tipos delictivos más comunes que suelen cometer son los de lesiones y violencia doméstica.

2. *De tipo límite*: Facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables que pueden generar crisis emocionales repetidas, acompañándose de amenazas suicidas o de actos autoagresivos.

Denominado también personalidad borderline consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales junto a un ánimo inestable y caprichoso. Estos individuos suelen presentar una marcada sensación de vacío y aburrimiento, se implican en relaciones intensas e inestables (pasando de la idealización de la persona a su devaluación), realizando continuos intentos y amenazas suicidas con automutilaciones recurrentes. Además padecen frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, y descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración.

Todo esto parece tener como consecuencia reacciones de ira inapropiada, conductas violentas y agresividad impulsiva reactiva a situaciones estresantes o al ser criticados y frustrados en sus actos impulsivos por un lado, y profundos sentimientos de abatimiento, apatía, vergüenza y culpabilidad, por otro.

Parece existir cierta relación entre el trastorno de inestabilidad emocional y algunos trastornos de los impulsos, tales como los trastornos por consumo de sustancia psicoactivas (utilizan el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida), de la personalidad antisocial y de los trastornos de la alimentación.

Sin duda sobresale el hecho de que estas personas pueden pasar súbitamente de un estado de ánimo depresivo a una agitación ansiosa o ira intensa, implicándose de forma impulsiva en acciones que más tarde pueden reconocer como irracionales, pero fundamentalmente debidas a las evaluaciones extremas que hacen de las situaciones y que por tanto determinan respuestas emocionales y acciones extremas.

Delitos habituales

Son más vulnerables a implicarse en conductas delictivas e impulsivas tales como robos, pequeños hurtos, conducción peligrosa, actividades sexuales de alto riesgo y actos violentos. La mayoría de estas acciones son llevadas a cabo por un intento de ser queridos o ser integrados en un grupo, intentando buscar su identidad perdida. Así, cuando ellos no son autodestructivos, pueden ser *antisociales*. También pueden implicarse reiteradamente en amenazas y denuncias hacia miembros de la familia y en el ámbito laboral hacia los superiores. Si tienen reacciones delirantes, los delitos relacionados con ello son generalmente de persecución o celotípicos.

Relación entre la clínica e imputabilidad

Recordemos que en el trastorno de inestabilidad emocional pueden darse episodios psicóticos breves caracterizados por un estado de despersonalización o desrealización, perdiéndose en estas circunstancias la propia identidad de uno mismo, es decir, la yoidad.

Respecto a la *conciencia*, el DSM-IV-TR (APA, 2002) reconoce entre los criterios diagnósticos del TLP la alteración del juicio de realidad. Aunque la *inteligencia* de los sujetos con TLP no tiene por qué estar mermada, la impulsividad que manifiestan les lleva a no ser capaces de prever las consecuencias de sus actos. Como se ha dicho previamente, la *voluntad* puede verse cortocircuitada, anulada o disminuida por estados anímicos específicos, generalmente estados de necesidad o emocionales. En *conclusión* podemos decir que se aprecian características en el TLP que vician la imputabilidad. En muchas ocasiones, el estudio y valoración de la responsabilidad penal del Trastorno Límite de Personalidad depende del predominio de una patología psicótica o neurótica.

En definitiva, hay datos que muestran que el sujeto límite puede actuar sin que pueda controlar su conducta (alteración de la voluntad) e incluso en ocasiones debido a episodios psicóticos breves (alteración del juicio de realidad), por lo que la imputabilidad se ve directamente cuestionada.

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

Características

Estos sujetos, predominantemente de sexo femenino, tienden a la teatralidad, representando un papel y realizando actividades que les permita ser el centro de atención. Son personas preocupadas en exceso por su aspecto físico, que necesitan ser apreciados por los demás así como altamente sugestionables y desarrolladores de actitudes seductoras y expresiones exageradas de sus emociones.

Delitos habituales

Legalmente la relevancia que tienen los delitos cometidos por estos sujetos son los medios que utilizan para llamar la atención (la falsedad, la difamación, la calumnia...). Presentan frecuentemente denuncias de falsas violaciones, en las que ha existido un consentimiento parcial o incluso en las que el hecho es fruto de la fantasía.

En este tipo de trastornos los delitos no son muy frecuentes, lo más probable es que si este tipo de personas llegan a un juzgado sea para poder llamar la atención y por una necesidad suya propia más que por que ellos hayan cometido un delito. En el caso en que estas personas cometieran un delito el juez deberá tener en cuenta y estudiar muchas más variables que el mero trastorno de personalidad.

Relación entre la clínica e imputabilidad

Como consecuencia de este trastorno la persona no tiene porque perder su yoidad, su sentido de conciencia o su voluntariedad. Sin embargo, sigue estando en un extremo cuando nos referimos a su forma de comportarse, sobre todo por su peculiar forma de ser (su personalidad característica).

Por eso, sí es cierto, que estas personas tienen una mayor vulnerabilidad a descompensarse y a cometer una falta que las personas que no padezcan ningún trastorno de este tipo. Sin embargo, para que estas personas consigan una eximente sobre su delito debe haber en su conducta delictiva algo más que no sea este trastorno, algo que haga que el sujeto pierda alguna de las dos capacidades nombradas anteriormente (cognoscitiva y volitiva) en el momento de cometer el acto, ya sea por este trastorno o no.

TRASTORNO ANANCÁSTICO DE LA PERSONALIDAD

Características

Estos individuos se caracterizan por una marcada indecisión, acompañada de preocupaciones desmesuradas y un excesivo perfeccionismo. Generalmente presentan conductas rígidas e inflexibles que interfieren con la actividad práctica hasta llegar a tener que renunciar a actividades placenteras e incluso a las relaciones personales. En ellos no son infrecuentes las manifestaciones hipocondríacas.

Delitos habituales

Como consecuencia de su personalidad dubitativa estos individuos pueden delinquir con respecto al ámbito de la omisión. El principal perjuicio que estas personas pueden producir se da en el seno de la familia, donde su comportamiento llena de angustia a los niños y lleva a desatender el régimen doméstico, por estar entregados, sobre todo, si se trata de la madre, a una superflua desinfección

y limpieza de los utensilios del hogar por sus temores obsesivos (Jiménez y Fonseca, 2007). Pudiendo influir, en materia de custodias, si afecta a la capacidad parental.

Este tipo de personalidad no es la que lleva asociada una mayor cantidad de delitos cometidos. Sin embargo, tiene una característica esencial y es la ansiedad que el sujeto puede padecer en un momento dado si no consigue sus propósitos, ansiedad que puede aumentar y si su impedimento viene por parte de otra persona puede actuar violentamente contra ella. Esto hace que este trastorno esté relacionado con una falta de control de impulsos o tener una reacción explosiva.

Relación entre la clínica e imputabilidad

¿Hasta que punto una persona anancástica es capaz de controlar su conducta?, ¿Hasta que punto esa ansiedad les deja poder actuar de una u otra manera en circunstancias específicas? Eso son dudas que deben resolver profesionales como psiquiatras, psicólogos y determinar hasta qué punto este trastorno puede conseguir en ciertas situaciones eximentes en un delito o no.

Lo que sí es una realidad es que en algunos casos, este trastorno puede llegar a alterar tanto la capacidad cognoscitiva (por la rigidez y distorsión de su pensamiento) como la volitiva (por su incapacidad de frenar la compulsión derivada de algunas obsesiones y por la posibilidad de comportamientos explosivos). El objeto de estudio es analizar hasta que punto en esa persona y circunstancia concreta estaban alteradas esas capacidades hasta el punto de perderlas y por tanto de conseguir un cambio en su imputabilidad.

TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

Características

Son personas serviles, dóciles y halagadoras, que siempre están de acuerdo y prefieren pasar desapercibidas. Sumisos en exceso, evitan hacer incluso las peticiones más razonables, a las personas de las que dependen. Sienten malestar al encontrarse solos, como consecuencia de la presencia de miedos exagerados a no ser capaces de cuidar de sí mismos. Promueven que otras personas asuman responsabilidades importantes de su propia vida ya que su capacidad para tomar decisiones incluso cotidianas sin el consejo o la seguridad de los demás está limitada. Tienden a vivir angustiados ante la perspectiva de ser abandonados por una persona con la que se tiene una relación estrecha.

Delitos habituales

Desde el punto de vista criminal, son personas inofensivas, aunque pueden ejecutar actos delictivos inducidos por otros. Son capaces de soportar abuso y agresiones sexuales.

Relación entre la clínica e imputabilidad

Cuando una persona con un trastorno dependiente comete un delito lo más lógico es que lo haga porque son muy fáciles de convencer por otras personas. En este caso la variable más importante de estudio sería la voluntariedad y hasta que punto este tipo de personas han cometido un acto delictivo por propia iniciativa o coaccionados por alguien. En este caso, su capacidad volitiva podría ver afectada.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Características

Son personas pasivas y desvinculadas, que mantienen muy pocas relaciones afectivas e íntimas. Reservados, poco espontáneos, y con mínima capacidad para expresar alegría o amargura, son solitarios y por ello tienden a desempeñar trabajos nocturnos y aquellos en los que no tengan que tratar con un gran número de personas. Otra de sus características es que presentan fantasías de omnipotencia o resignación en lugar de conductas agresivas.

Delitos habituales

Debido a su marcada introspección y excentricidad sólo suelen vulnerar normas sociales. Si llegan a delinquir, los actos ilícitos más frecuentes son los hurtos, robos y el consumo de drogas con las que trafican en muchas de las ocasiones.

Relación entre clínica e imputabilidad

En este trastorno se puede llegar a perder la propia identidad de uno mismo, ignorando su propia identificación (la yoidad). Sabemos además que estos individuos tienen una mayor vulnerabilidad al estrés y en ocasiones presentan cuadros psicóticos. En estos casos, su conciencia y su capacidad cognitiva puede verse alteradas, razón para revisar su imputabilidad.

En este tipo de casos la inteligencia no tiene porqué ser un problema, es decir, este trastorno no lleva de manera segura asociada una alteración de su inteligencia. Este es un dato importante a tener en cuenta a la hora de ayudar a estas personas o estudiar hasta que punto sus capacidades cognoscitivas y volitivas están alteradas. Sin embargo, en un estado de crisis es bastante complicado echar mano de la inteligencia para conseguir una mejoría en el paciente. Es decir, si el sujeto tuviera una elevada inteligencia esta no sería de gran ayuda para conseguir que el sujeto recuperara su capacidad cognoscitiva y volitiva y no cometiera delitos por culpa de su enfermedad.

La voluntad de la persona también está mermada. Si no es capaz de conseguir distinguir lo que es real de lo que no, puede que sus actos delictivos no los lleve a cabo tampoco por deseo propio sino por una coacción, aunque ésta no sea real.

TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTA DE EVITACIÓN) DE LA PERSONALIDAD

Características

El sujeto se mantiene constantemente preocupado ante la idea de ser un fracasado lo que conlleva una resistencia a entablar relaciones personales, así como una restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener seguridad física. Hipersensibles a las críticas con miedo a ser considerados inferiores a los demás, humillados o rechazados en sociedad buscan activamente el aislamiento y la soledad. Son personalidades frágiles, con temperamento angustiado, humor disfórico y proclives a los desarrollos paranoides.

Delitos habituales

Son personas que delinquen ocasionalmente y con relación a una situación conflictiva de tensión, ansiedad o de compensación a sus conflictos. Entre sus conductas delictivas se encuentran los abusos y agresiones sexuales, asesinatos, consumo y tráfico de drogas y tentativas de suicidio.

Relación entre clínica e imputabilidad

Todas estas conductas que llevan asociadas pueden llegar a ser motivo de algún tipo de eximente para estas personas. Es muy probable que todos hayamos experimentado momentos de ansiedad en nuestra vida que hemos afrontado con

distintas estrategias que nos han podido ayudar mejor o peor en cada caso. Sin embargo, cuando hablamos de un trastorno ansioso nos referimos a una ansiedad tan elevada que puede llegar a conseguir que las personas que la padecen pierdan su yoidad, su voluntariedad e incluso su conciencia de realidad. Por otro lado la asociación de este tipo de trastorno con el consumo de sustancias hace que esto se incremente de manera notable.

EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA JURISPRUDENCIA

Es importante tener en cuenta que por las características de los diferentes trastornos de personalidad anteriormente descritos, los sujetos que padecen estos trastornos suelen cometer una gran variedad de delitos por lo que existe una amplia jurisprudencia acerca de los trastornos de personalidad o las *psicopatías*. A la hora de analizar la jurisprudencia, recordemos que en ésta el término más utilizado para referirse a los trastornos de personalidad es el de *psicopatía*.

Es importante recordar a su vez, que en los casos en los que se valora la existencia de un trastorno de personalidad, en principio y como consecuencia de este trastorno, no existen ni alteraciones ni déficits cognitivos de importancia, no existen trastornos en el contenido del pensamiento, ni tampoco existen trastornos de la percepción. Un sujeto con un trastorno de personalidad por norma general comprende y razona adecuadamente, y conserva el contacto con la realidad, es decir, conserva su capacidad cognoscitiva. Es por esto, que si en un sujeto con trastorno de personalidad se ve afectada su imputabilidad, normalmente será consecuencia de cómo se encuentre afectada su capacidad volitiva en función de la existencia o no de otros factores asociados (trastornos afectivos, consumos de sustancias, etc.) o de la propia afectación del trastorno de personalidad en el desarrollo de capacidades inhibitorias de la conducta. La capacidad cognoscitiva podría verse afectada por la aparición de otro cuadro psicopatológico, como puede ser por ejemplo un trastorno delirante que se asocie al trastorno de personalidad de base, pero no sería una característica propia de los trastornos de personalidad.

El psicólogo o psiquiatra forense deberá por lo tanto informar al juez además de la existencia del trastorno de personalidad o no, de su tipo y de su intensidad, de la existencia de otro trastorno asociado, del consumo de tóxicos, de la existencia de otras capacidades afectadas y en resumen de cómo está afectada su capacidad cognoscitiva y volitiva para que su señoría pueda determinar sobre la imputabilidad del sujeto.

Hay que señalar además, que para que la imputabilidad del sujeto se vea anulada o atenuada, su capacidad cognoscitiva y volitiva tendrá que verse afectada en el momento de comisión del delito y tener una relación causal con éste. Esta condición suele cumplirse con los trastornos de personalidad al estar presente en la persona en su día a día. Pero si por ejemplo, existe un delirio asociado que afecte a la capacidad cognoscitiva del sujeto, pero éste no está presente en el momento de la comisión del delito ni tiene relación con éste, no se podría decir que haya afectado a la capacidad cognoscitiva.

Por todos estos factores que entran en juego, no existe una norma general en la jurisprudencia acerca de los trastornos de personalidad, sino que se analiza cada caso como se refleja en la STS de 5 de octubre de 1991 (RJ1991/7005) en donde señala que “la psicopatía es una enfermedad de muy variada sintomatología, hasta el punto de que algunos científicos han llegado a clasificar hasta once modalidades de personalidades psicopáticas, existiendo, además, dentro de cada tipo, toda clase de combinaciones y situaciones intermedias, lo que dificulta la posibilidad de establecer una teoría general sobre la imputabilidad de los psicópatas”.

CUANDO LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD NO ERAN ENFERMEDAD MENTAL

Ha habido una evolución en el tratamiento jurisprudencial de los trastornos de personalidad y las psicopatías, de esta forma, y estando en vigor el anterior Código Penal, el Tribunal Supremo no consideraba a los trastornos de personalidad y a las psicopatías como enfermedades mentales por lo que quedaban fuera del artículo 8. 1º, párrafo primero, de eximente de enajenación mental. La imputabilidad de los “psicópatas” era plena como recoge la STS de 25 de noviembre de 1978 (RJ 1879/4116) cuando dice “constituye opinión generalizada en la doctrina científica y en la jurisprudencia patrias que las psicopatías no comprometen la capacidad volitiva, ni la intelectual del acusado, y por lo tanto, no alcanzan a disminuir su imputabilidad”. Lo único que podía entonces influir en que se considerase una eximente o no era la existencia de otra patología asociada que afectara a las capacidades volitivas y cognoscitivas del sujeto. Igualmente, en algunos casos en donde se podía demostrar la existencia de una psicopatía grave y siempre que la realización del delito estuviese determinada por ésta, se podía valorar la existencia de una atenuante analógica como dice la STS de 12 de Mayo de 1980 (RJ 1980/1910): “las psicopatías son simples anomalías de la personalidad, desarmonías

caracterológicas que producen inadaptaciones sociales y que pueden encontrar su asiento como atenuantes si son graves y guardan relación causal con el delito cometido”.

Como se observa en numerosas sentencias previas al año 1988, el Tribunal Supremo toma para definir los trastornos de personalidad y las psicopatías los criterios de Schneider que consideraba a los psicópatas como *enfermos del carácter*.

La STS de 19 de diciembre de 1985 (RJ 1985/6348) refleja claramente esto cuando señala “los denominados psicópatas que son personas con anomalías del carácter muy acentuadas, que les impiden su adaptación a las normas penales y sociales vigentes, no pueden ser incluidos propiamente en el concepto de enajenados o semienajenados, exigido para la aplicación de ambos preceptos, porque la causa de sus desviaciones no es morbosa o patológica sino simplemente psicológica o caracterológica, conservando intactas sus facultades mentales que son base y sostén de su imputabilidad”. De igual forma, la STS de 25 de enero de 1980 (RJ 1980/140) señala que “las psicopatías implican personalidades psicopáticas que se manifiestan con anomalías o desequilibrios en su forma de reaccionar ante los estímulos de la convivencia social, originando conductas antisociales susceptibles de ser tipificadas en lo ilícito penal, que tiene como causa desencadenante la anormalidad del carácter, sin dar lugar a verdaderas enfermedades mentales”.

LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD COMO ENFERMEDAD MENTAL

Como hemos visto, estando vigente el anterior CP, en función de cómo estaba redactado el art. 8.1, párrafo primero, y teniendo en cuenta que a nivel científico no se consideraba a los trastornos de personalidad o psicopatías como enfermedad mental, no se podía aplicar la eximente por enajenación mental.

A partir de 1988 la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS incluye en su novena edición a los trastornos de personalidad dentro de las enfermedades. Este cambio en la doctrina científica supone un cambio paralelo aunque no total en la doctrina jurisprudencial, ya que todavía se dictan sentencias no reconociendo la categoría de enfermedad mental y otras que sí la reconocen pero no consideran a los *psicópatas* como *enajenados* como en la STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988/1341) en la que afirma que el psicópata es un enfermo mental pero aclara que “no es, ciertamente, un enajenado en sentido estricto puesto que no está fuera de sí”.

La gran dificultad a la hora de llevar a cabo una intervención con este tipo de personas, que padeciendo un trastorno de personalidad como es el antisocial, tiene conciencia y responsabilidad sobre sus actos, y aún así delinquen. Es que no existe hoy en día un abordaje terapéutico eficaz para ellos. No se realizan, al menos en las prisiones españolas, programas de intervención específicos.

Existen países donde si se efectúan programas concretos de intervención para estos pacientes en donde autores como Ross (1999) afirman que sólo algunos han sido realmente eficaces ya que la mayoría adolecen de defectos metodológicos que dificultan la obtención de resultados.

Sin embargo, en España si existen propuestas como la de Vicente de Castro (1997) que apuntan la necesidad de conseguir unos criterios más operativos de evaluación para plantear una intervención penitenciaria ajustada (Roca, 1999).

NUEVO CÓDIGO PENAL DE 1995

El gran cambio se da con el nuevo CP de 1995 en donde el art. 20. 1, párrafo primero, habla de *alteración o anomalía psíquica*. Con esta modificación ya no es necesario que exista un trastorno mental o no, sino que cualquier anomalía o alteración psíquica del tipo que sea, si incapacita para comprender lo ilícito de un comportamiento o incapacita para actuar conforme a dicha comprensión, será suficiente para poder aplicar una eximente. Este cambio queda claramente reflejado en la STS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999/7594) y en la STS de 25 de enero de 2001 (RJ 2001/461).

Teniendo en cuenta que por norma general un sujeto con un trastorno de personalidad conserva su capacidad cognoscitiva y volitiva, en principio, se le consideraría plenamente imputable y por lo tanto totalmente responsable de sus actos. Sin embargo, si se comprueba que su trastorno incide sobre estas capacidades anulándolas o alterándolas en algún grado se podría considerar la aplicación de una eximente completa, eximente incompleta, o una atenuante analógica.

De esta forma y según señala el tribunal Supremo, se consideraría una eximente completa “cuando se elimina totalmente la conciencia y la voluntad base de la imputabilidad”; una eximente incompleta “cuando aquella afección no es total y se manifiesta en una disminución de sus facultades, intelectivas o volitivas, con una indudable limitación para comprender la ilicitud del alcance y trascendencia de sus actos o para controlarlos voluntariamente”; y una atenuante analógica cuando no concurren los presupuestos para apreciar las dos causas anteriores, como eximente completa o incompleta, pero “se detecta una menor intensidad de

la imputabilidad o cuando la disminución carece de intensidad siendo sus efectos leves o de menor incidencia en la imputabilidad del agente” (STS de 26 de mayo de 1995, RJ 1995/3953).

Tras una revisión de la jurisprudencia, no se encuentran sentencias bajo el actual CP de 1995 en las que se haya aplicado una eximente completa con base en un trastorno de personalidad, si se declara a una persona inimputable con un diagnóstico de trastorno de personalidad, suele haber un trastorno de gravedad asociado que anule sus capacidades cognoscitiva y volitiva, siendo éste la base de la eximente completa. De igual forma, para que se aprecie una eximente incompleta, el trastorno de personalidad del acusado debe ser de carácter grave y tener una relación causal con el hecho delictivo (véase ejemplo en : STS de 14 de mayo de 1996 (RJ 1996/3936); STS de 9 de junio de 1998 (RJ1998/5159); Y STS de 16 de febrero de 1999 (RJ 1999/1281), o estar asociado a otros factores (consumo de alcohol, etc.) como se señala en la STS de 20 de diciembre de 2006 (RJ 2006/1368).

Sin embargo, tras el análisis de la jurisprudencia, queda claro, por el gran número de sentencias del Tribunal Supremo y de las Audiencias Provinciales, y teniendo de base tanto el pasado CP como el vigente, que la presencia de un trastorno de personalidad en un sujeto suele aplicarse una atenuante analógica

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arnold, T. (1782, 1786) *Observation on the Nature, Kinds, Causes and Prevention of Insanity, Lunacy or Madness*. 2 vols. Leicester, England: G. Ireland.
- Arribas. M.I. (2005). *Enfermedad mental y responsabilidad jurídico penal*. <http://www.femasam.org/pdf/actividades/2005%20responsabilidad%201.pdf> (visitado julio 2009)
- Birbaum, K. (1914). *Die Psychopathischen Verbrecker* (2ª edición). Leipzig: Thieme.
- Blackburn, R. (1992) *Criminal behavior, personality disorder, and mental illness: The origins of confusión*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 66-77.
- Blackburn, R. (1993a) *Psychopathic disorder, personality disorder and aggression*. En C. Thomson y P. Power (Eds), *Violence, Basic and Clinical Science*. Oxford: Butherworth-Heinemann.
- Blackburn, R. (1993b) *Managing and treating the “Psychopathic Ofender”*. Ponencia presentada en el Simposio Internacional de Manejo de la Delincuencia:

- Policía y práctica en correccionales y servicios forenses, Perth, Western Australia. Octubre, 1993.
- Blackburn R. y Coid, J.W. (1999). *Empirical clusters of DSM-III personality disorders in viole offenders*. *Personality Disorders*, 13(1), 18-34.
- Buss, A. H. (1966) *Psychopatología*. New York: Willey.
- Cleckley, H.M. (1941). *The Mask of Sanity: an Attempt to Reinterpret the So-Called Psychopathic Personality*. St. Louis, Missouri: C.V. Mosby.
- Cleckley, H.M. (1976) *The mask of sanity* (5th Ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Craft, M. (1965) *Ten Studies into Psychopathic Personality*. Briston: John Wrighth.
- Esbec, E. (1997). Comorbilidad y efecto patoplástico de los trastornos de la personalidad. Repercusiones forenses. *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología n°0*, Agosto, 16-23.
- Eysenck, H.J. (1981). *El modelo de condicionamiento en el proceso de socialización. Análisis y Modificación de Conducta*, 7 (14-15), 5-29.
- Foulds, G.A. (1965) *Personality and Personal Illnes*. London: Taviskow.
- Freud, S. (1916) *El delincuente y el sentimiento de culpa* en *Obras Completas*, Bs. As., Ed. Amorrortu, Vol. XIV.
- González, L. y Robles, J. I. (2005). Agresividad y delictología en el trastorno límite de personalidad. *Psicopatología clínica legal y forense*, 5, 107-125.
- Gough, H. G. (1948) A sociological theory of psychopathy. *American Journal of Sociology*, 53,359-366.
- Graña, J.L. y Crespo, M. (1996). Trastorno antisocial de la personalidad. En Buela, Carrolles, Caballo. *Manual de psicopatología, Vol II, 87-129*. Madrid: Siglo XXI.
- Gray, K.G. Y Hutchinson, H.C. (1964) *The psychopathic personality: A survey of Canadian psychiatrists' opinions*. *Canadian Psychiatric association Journal*, 9, 452-451.
- Hare, R. D. (1974). *La psicopatía. Teoría e investigación*. Herder.
- Hare, R.D. (1984). *La psicopatía: teoría e investigación*. Barcelona: Herder.
- Hare, R.D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70(3): 181-197.
- Jiménez, M^a J. y Fonseca, G. M. (2007). *Trastornos de la personalidad (psicopatías). Tratamiento científico y jurisprudencial*. Madrid: CESEJ-Ediciones.
- Karpman, B. (1961). The structure of neurosis: with special differentials between neurosis, psychosis, homosexuality, alcoholism, psychopathy, and criminality. *Archives of Criminal Psychodynamic*, 4, 599-646.

- Kernberg, O. F. (1984). *Trastornos graves de la Personalidad*. Ed. Manual Moderno.
- Koch, J.L.A. (1891). *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten*.
- Kraepelin, E. (1896) *Psychiatrie; ein Lehrbuch für Studierende und Aertzen*. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1904) *Lectures on Clinical Psychiatry*, London: Baillière and Coll.
- Kretschmer, E. (1921) *Körperbau und carácter Untersuchungen Zum Lonstitutions-Problem Und Zur Lehre Von Den Temperamenten Berlin, Verlag Von Julios Springer*.
- López Gómez y Gisbert Calabuig (1993). *Tratado de Medicina Legal*. Ed. Saber, Valencia.
- McCord, W. M. y McCord, J. (1964). *The psychopath: An easy on the criminal mind*. New York: Van Nostrand.
- Meyer A. (1952) *Collected Papers* (Four Volumes) (Ed. E. Winters). Baltimore: John Hopkins Press.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*. 78 (2), 209-218.
- Organización Mundial de la salud (1992). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del comportamiento, (CIE 10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Ginebra.
- Pinel, P. (1809) *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale* Paris: Brosson.
- Pritchard, J. (1895) *Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. London: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Roca Piera, M. (1999). *Intervención con psicópatas en prisión*. En: Actas de la 4ª Reunión Internacional sobre biología y sociología de la Violencia. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Valencia.
- Ross, R. R. (1999). *¿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.
- Rush, B. (1786). *An inquiry into influence of physical causes upon the moral faculty*. Philadelphia: Charles Cist.
- Schneider, K. (1923) *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. The psychopathic personalities. Leipzig: Thieme.
- Stamatoulos, C. (2009). *Enciclopedia Jurídica*. Cyprus: Theodakis Publishing Ltd <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/atenuantes-por-analogia/atenuantes-por-analogia.htm> (visitado julio 2009).

- Yuste, A. (1999). *La psicopatía: Asesinos en serie*. En: Actas de 4ª Reunión Internacional sobre biología y sociología de la Violencia. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Valencia.
- Vicente de Castro, B. (1997). Psicopatía, del mito a la realidad. Las terapias de conducta como respuesta a los trastornos de la personalidad. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, nº5 Mayo, 35-43.
- Zanarini, M. (1993) Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. En Paris, J. (ed.): *Borderline Personality disorder: Etiology and Treatment*. Washintong, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

SENTENCIAS DEL TRIBUNAL SUPREMO

- STS de 25 de noviembre de 1978 (RJ 1879/4116).
- STS de 25 de enero de 1980 (RJ 1980/140).
- STS de 12 de Mayo de 1980 (RJ 1980/1910).
- STS de 19 de diciembre de 1985 (RJ 1985/6348).
- STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988/1341).
- STS de 5 de octubre de 1991 (RJ1991/7005).
- STS de 26 de mayo de 1995 (RJ 1995/3953).
- STS de 14 de mayo de 1996 (RJ 1996/3936).
- STS de 9 de junio de 1998 (RJ1998/5159).
- STS de 16 de febrero de 1999 (RJ 1999/1281).
- STS de 1 de octubre de 1999 (RJ 1999/7594).
- STS de 16 de noviembre de 1999 (RJ 1999/8940).
- STS de 25 de enero de 2001 (RJ 2001/461).
- STS de 20 de diciembre de 2006 (RJ 2006/1368).