

TRABAJO FIN DE GRADO

**IMPUTABILIDAD Y TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.
APORTES CRIMINOLÓGICOS A LAS
PERSPECTIVAS LEGAL Y PSICOLÓGICA**

Núria Vila Ribas

Elena Garrido Gaitán

Grado en Derecho y Criminología, 6º curso

24/05/2019, curso académico 2018-2019

Palabras utilizadas: 8.840

RESUMEN

El Trastorno Límite de Personalidad o TLP es el trastorno de personalidad más diagnosticado en la actualidad por la práctica clínica, afectando al 2% de la población general. El déficit de control de impulsos que lo caracteriza puede conllevar conductas agresivas en reacción a situaciones de estrés, llevándonos a preguntarnos sobre el papel de dicho trastorno en la comisión de ciertos delitos. El presente trabajo realiza una introducción a la esencia del TLP para estudiar la influencia de este en las decisiones judiciales sobre la imputabilidad de procesados que lo presentan. Esto se lleva a cabo mediante el análisis jurisprudencial de sentencias catalanas del año 2012 al 2017 en las que el delito lo ha cometido una persona con TLP. A partir de aquí, se contrastan los resultados obtenidos con la información proveniente de la previa revisión de la literatura científica existente recopilada en el marco teórico.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, imputabilidad, eximente, atenuante, drogadicción.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder, also known as BPD, is the most diagnosed personality disorder nowadays, affecting the 2% of the population. The lack of impulse control which characterises this disorder can lead to aggressive behaviours under stress circumstances, which makes us wonder what the relationship between the first and the commission of certain crimes is. This study does a brief introduction to the disorder's essence to then explore the influence it has to the judicial decisions about the imputability of the accused who presents it. This is carried out through the analysis of Catalan judicial sentences from 2012 to 2017 where the crime was committed by a person who suffered BPD. From this point, we value the contrast of the results obtained with the information compiled in the theoretical framework from the revision of the existing scientific literature.

Key words: borderline personality disorder, imputability, criminal exemption, criminal mitigation, drug addiction.

ÍNDICE

1-	Introducción. El TLP.....	p.1
2-	El concepto de imputabilidad. Las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal.....	p.8
	3.1- Los trastornos de la personalidad y la imputabilidad.....	p.11
	3.2- El TLP y las condenas.....	p.12
3-	Hipótesis.....	p.14
4-	Metodología.....	p.15
5-	Resultados.....	p.16
	6.1- Análisis cuantitativo de las sentencias analizadas.....	p.16
	6.2- El factor de abuso de sustancias psicoactivas.....	p.18
	6.3- Relación entre las atenuantes o eximentes y el TLP.....	p.19
	6.4- Análisis de contenido.....	p.20
6-	Conclusiones.....	p.25
7-	Bibliografía.....	p.28

1. Introducción. El TLP

El presente estudio gira alrededor del Trastorno Límite de Personalidad (TLP de ahora en adelante), trastorno de la personalidad caracterizado por una “conducta movediza, voluble, siempre versátil, sometida a cambios muy rápidos e intensos” (Rojas, 2011), víctima de constantes controversias y errores en su entendimiento.

Para comprender el TLP es necesario empezar entendiendo qué es la personalidad y cuáles son los trastornos que esta puede presentar.

La personalidad se construye a partir de una inferencia, del establecimiento mental de una categoría a partir de las características y conductas de un sujeto (Vallejo, 2015). Existen datos psicobiológicos que permiten establecer tipologías de personalidad, esto es, “patrones estables de procesamiento de la información biológica y la interacción con los demás”.

Cuando estos patrones generan sufrimiento e inadaptación es cuando se pueden considerar “anormales” y dan lugar a la psicopatología y problemas biográficos (Vallejo, 2015). Es entonces cuando consideramos que existe un trastorno de la personalidad.

La clínica psiquiátrica habla de los trastornos de la personalidad como un “patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto”, teniendo su inicio en la adolescencia o bien a principios de la edad adulta y presentando una estabilidad a lo largo del tiempo así como malestar asociado o perjuicios para el sujeto (APA, 2013).

El estudio clínico de un trastorno de la personalidad exige una evaluación longitudinal (Paris, 2003), siendo de gran importancia los criterios cronológicos implícitos en el diagnóstico de las distintas categorías psiquiátricas propuestas en el DSM¹.

¹ El “DSM” es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Organiza y comunica información clínica, capta la complejidad de las situaciones clínicas y describe la

El DSM-V presenta una división de tres grupos de trastornos de la personalidad (los que, en total, son diez). El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad; el grupo B los trastornos límite, antisocial, histriónico y narcisista de la personalidad y el grupo C los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

El trastorno de la personalidad que en el presente trabajo nos interesa es el TLP, que está caracterizado por la inestabilidad emocional así como respecto a la propia imagen, las relaciones interpersonales y el estado de ánimo y por la propensión a la ansiedad, necesidades extremas de atención y afecto, tendencias a sentir malestar psicológico, a experimentar descontrol emocional, distimia y a presentar recurrentes conductas impulsivas (Vallejo, 2015).

El reconocimiento de este cuadro como entidad diagnóstica es relativamente reciente, habiéndose hecho oficial en el DSM-III (APA, 1980) y 12 años más tarde, en 1992, adaptado para la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS.

Su diagnóstico debe realizarse por parte de especialistas (psicólogos, psiquiatras) mediante el uso de entrevistas clínicas, teniendo que cumplirse unos criterios clínicos definidos en manuales de referencia. Los principales son el “International Classification of Diseases, Chapter V” (ICD-10) y el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, Quinta Edición (DSM-V) (Frías, 2017).

Hablaremos de nueve criterios diagnósticos existentes, de los cuales se han de cumplir cinco para ser diagnosticado con el trastorno (Mosquera, 2011).

Estos síntomas comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos, según el DSM-V (2013):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

heterogeneidad de los individuos que presentan un diagnóstico concreto, dividiéndolo en 5 apartados denominados “ejes”. El TLP se encuentra en el eje II bajo la categoría “Trastornos de la Personalidad” (Mosquera, 2011). Actualmente, la edición de DSM vigente es la quinta, el DSM-V.

2. *Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.*
3. *Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de uno mismo acusado y persistentemente inestable.*
4. *Impulsividad potencialmente dañina para sí mismo en al menos dos áreas (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria y atracones de comida).*
5. *Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.*
6. *Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).*
7. *Sentimientos crónicos de vacío.*
8. *Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).*
9. *Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.*

Estos criterios diagnósticos no son suficientes para diagnosticar el TLP, también es necesario que persistan varios años e interfieran de forma importante en la calidad de vida de la persona.

Se trata de personas sujetas a varios diagnósticos y con poca respuesta a los tratamientos, con hipersensibilidad al rechazo, intolerancia a la soledad y angustia con su propio ser. A causa de todo esto, pueden recurrir al consumo de tóxicos, frecuentar ambientes marginales, perpetrar delitos y la convivencia con ellas puede ser difícil ya que presentan frecuentes reacciones de ira intensa y conductas agresivas que son seguidas de arrepentimientos y súplicas, incluso amenazas de suicidio por temor al abandono.

Respecto el primer criterio mencionado, los “esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario”, podemos decir que se trata de sujetos que sufren de forma muy intensa el sentimiento de soledad, aunque este sea de corta duración.

Esto les hace vulnerables al abandono, por lo que, ante estímulos o situaciones percibidas como una amenaza de éste, sus señales de alerta se ven activadas, desencadenando reacciones emocionales muy intensas. Esto provoca que la persona pueda presentar un perfil muy dependiente (Mosquera, 2011).

Además, se puede considerar el rechazo como una forma de abandono, lo que los hace sujetos muy susceptibles ante cualquier forma de rechazo (real o percibido). Ante este, pueden responder con dos estrategias, dada su ambivalencia: o bien el distanciamiento de la relación, la evitación; o bien aferrándose a la persona o llevando a cabo conductas incómodas o de riesgo (Staebler et al., 2011).

En segundo lugar, son personas que manifiestan un “patrón de relaciones interpersonales e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación”. Esto puede verse relacionado con el primer criterio diagnóstico, ya que la dependencia que sienten estas personas puede manifestarse de forma indirecta con, por ejemplo, respuestas hostiles hacia los demás. Esto contribuye a que las relaciones que mantienen sean variables y normalmente conflictivas, ya que estas actitudes causan desconcierto a las personas con las que se relacionan.

Además, pueden idealizar a aquellas personas que se ocupan de ellas o bien que acaban de conocer, pasando a la devaluación en poco tiempo al no sentirse suficientemente atendidas. La hipersensibilidad que caracteriza este trastorno puede provocar que las personas con TLP estén atentas a la más mínima señal de alerta que implique rechazo o bien la posibilidad de que les conozcan de verdad, pues temen que si esto ocurre se alejarán de ellas. También cuando se encuentran emocionalmente muy activadas, pueden volverse desconfiadas e incluso creer que los demás quieren hacerles daño, distorsionando la realidad – fruto de sus distorsiones cognitivas – (Mosquera, 2011).

Por lo que respecta al criterio de “alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable”, este se refiere a la frecuente dificultad de las personas con TLP para definir cómo son, qué les

gusta y qué quieren hacer, mostrando confusión y variabilidad en cuanto a sus valores y cambiando de opiniones según las personas con las que se relacionan.

En cuanto a la “impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...), este sería uno de los criterios con una base biológica más importante. En el caso de las personas con TLP, la impulsividad se manifiesta como función reguladora, para dejar de sentir un malestar muy intenso (Mosquera, 2011).

Otro criterio son los “comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación”. En la mayor parte de los casos estos comportamientos son intentos de hacer frente a emociones negativas. Este criterio puede relacionarse con la dificultad para aprender de la experiencia y la falta de habilidades así como la intolerancia al malestar (Mosquera, 2011).

En sexto lugar, el TLP se caracteriza por una “inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)”. El estado de ánimo básico que experimentan las personas con TLP es el de tipo disfórico, pero éste se ve interrumpido frecuentemente por “periodos de ira, angustia o desesperación” y en raras ocasiones por un estado de bienestar o satisfacción (Mosquera, 2011). Estos cambios de ánimo normalmente son desencadenados por situaciones negativas (ya sean reales o percibidas) en las relaciones con los demás, asociando el contenido de estas situaciones al “abandono, el rechazo, la crítica, el desprecio o la pérdida de un ser querido” (Frías, 2017).

La inestabilidad emocional experimentada tiene como componentes una alta emocionalidad (reactividad) ante situaciones concretas y cambios constantes (desregulación) del ánimo según la naturaleza de las situaciones externas, lo que lleva a las personas con TLP a ser caóticas respecto las rutinas, las relaciones sociales y el cumplimiento de la jornada laboral (Frías, 2017).

Respecto los sentimientos crónicos de vacío del criterio séptimo, estos se describen como un sentimiento muy intenso, doloroso y angustioso en el que se sienten atrapadas las personas con TLP, llevando a cabo varias conductas – muchas veces dañinas – para “llenar” este vacío (Mosquera, 2011).

El criterio octavo es la “ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira”. Se trata de “explosiones emocionales” que tienen algunas personas con este diagnóstico, las cuales pueden ser verbales, físicas o combinadas.

Un ataque de ira puede hacer que la persona con la que se han enfadado deje de ser para ellos una persona con sentimientos, convirtiéndose en aquel momento preciso en un enemigo. Detrás de estas reacciones generalmente no hay la intención de hacer daño sino temor al abandono, búsqueda de aceptación y “dificultad para relacionarse de forma satisfactoria con los demás” (Mosquera, 2011). Después de estos ataques suelen haber sentimientos de pena, remordimientos y culpabilidad.

Los sujetos con TLP tienen muy baja tolerancia a la frustración y soportan muy mal el estrés y la presión emocional, pudiendo llegar a presentar episodios psicóticos. El DSM-IV-TR introdujo por primera vez entre los criterios diagnósticos del TLP la “pérdida del juicio de realidad”, criterio especificado como “ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”. Estos síntomas disociativos y psicóticos reactivos al estrés ocurren en un 75% de los sujetos con TLP.

Es un trastorno que parece mejorar con el transcurso del tiempo, con normalizaciones conductuales y estabilizaciones progresivas. Aun así, persiste la propensión a los trastornos distímicos y subsisten las anomalías del pensamiento.

Por lo tanto, como trastorno de la personalidad, el TLP implica importantes alteraciones emocionales y la ausencia de habilidades y aprendizajes sociales específicos, lo que dificulta su tratamiento pues “no siempre hay una consciencia permanente de anomalía caracterial”. Tan importante para el tratamiento es que la persona tome los psicofármacos prescritos como que las personas de su

entorno colaboren, dejando a un lado el escepticismo hacia la terapia (Vallejo, 2015).

Hay que añadir que existe una gran asociación entre la personalidad límite y el abuso de sustancias, dándose sobretodo casos de politoxicomanía. Esto podría deberse al deseo de las personas que sufren este trastorno de experimentar emociones intensas así como en buscar una identidad o una salida para la ansiedad. Este abuso suele ser episódico e impulsivo, consumiendo cualquier droga que encuentren a su alcance.

Cuando una persona con TLP presenta comorbilidad con el abuso de sustancias esto aumenta su probabilidad de suicidio y empeora su pronóstico (González y Robles, 2005). En este caso hablaríamos de “patología dual”, esto es, la concurrencia en un mismo individuo de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y de otro trastorno psiquiátrico, de forma independiente (Rubio, 2000).

Hemos hecho referencia a la intolerancia a la soledad, rasgo muy definitorio del presente trastorno. De hecho, se podría considerar su psicopatología central. Para los sujetos con TLP, la soledad es vivida como una horripilante pérdida de su identidad, a lo que responden con acciones o bien distorsiones de la realidad. También pueden luchar contra la soledad a través del uso de objetos transitorios o de otras personas que les den la seguridad de ser importantes para ellos. Hay estudiosos que relacionan el miedo al abandono que caracteriza este trastorno con experiencias traumáticas de separaciones en la infancia.

Gunderson (2008) nos muestra una tabla en que se puede observar cómo el apego percibido por los pacientes con TLP se relaciona con la fenomenología del trastorno. Esta divide el contexto interpersonal en la idealización/sentimiento de apoyo; la devaluación/sentimiento de amenaza; y la soledad.

Cuando la persona con TLP se siente querida y cuidada se muestra receptiva, empática para la terapia – focalizada en síntomas como la depresión, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias –. Se siente vacía, disfuncional, con síntomas, pero responde a los demás de forma comprensiva. Clínicamente, su implicación es colaborativa, se muestra expresiva y se involucra en las terapias.

Ahora bien, cuando se siente amenazada con la posible desaparición de la persona “cuidadora”, o se encuentra en fase de devaluación de la otra persona, otro fenómeno clínico resulta evidente, vinculando el tema de la intolerancia a la soledad con los criterios para el TLP del DSM-V. El miedo al abandono conlleva la aparición de inesperados comportamientos auto-lesivos, indicando ser capaces de morir a no ser que la persona que puede desaparecer o alguien nuevo les haga saber que quieren que vivan. En la terapia se muestra enfadados, autodestructivos. Se pueden dar confrontaciones, cambios de carácter, así como expresión de sus necesidades como pacientes y de soporte social.

Finalmente, se contempla la situación interpersonal en que la persona se siente sola, que no cuenta con una persona a quien importe, con un entorno de apoyo. En esta situación la fenomenología puede ser la entrada en un estado de pérdida del sentido de la realidad (síntomas disociativos o alucinógenos) o bien a la ideación paranoide. Mientras esto sucede, el sentimiento de soledad se intenta paliar a través de “object-seeking behaviors”, como podría ser la promiscuidad (Gunderson, 2008). Respecto los demás, la respuesta es el rescato o bien la evitación. En el contexto terapéutico, las palabras no tienen importancia y suele prescribirse medicación.

2. El concepto de imputabilidad. Las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal

La imputabilidad es un concepto jurídico proveniente del Derecho penal cuya concepción está ligada a la existencia de la posibilidad de elección de la conducta (de Dios et al., 2009) y que se puede definir como “la aptitud de una persona para responder de los actos que lleva a cabo” (Arce y Fariña, 2007).

La aptitud de la que hablamos implica que la persona que ha cometido el delito tenga capacidad para comprender que lo que ha hecho es injusto, por lo tanto, que tenga inteligencia y también la capacidad de dirigir su conducta con su libre albedrío; que tenga voluntad (Cabrera y Fuertes, 1997, citado en Arce y Fariña, 2007).

Hemos visto que la imputabilidad se apoya en las capacidades cognitivas o volitivas, por lo que estas deben encontrarse totalmente anuladas – una o ambas – en el momento en que se cometen los hechos para que el individuo se pueda considerar como no imputable.

Si las capacidades cognitivas o volitivas se encuentran totalmente anuladas se exime de responsabilidad (art. 20 CP) mientras que si se encuentran parcialmente alteradas se estima una atenuante del artículo 21 CP.

Tal y como establece la sentencia 277/2017 de 16 de junio de 2017 de la Audiencia Provincial de Barcelona (recurso 141/2017), la imputabilidad no es un concepto pacífico en la doctrina, y es abordada desde determinados puntos de apoyo que siguen pautas provenientes de otras ramas del saber científico.

El legislador ha optado por un sector doctrinal que sustenta la eximente en la comprensión de lo injusto y la actuación acorde a esta, no en la posibilidad de actuar de otro modo. Por esto, la imputabilidad está fuertemente vinculada con la culpabilidad, la voluntad dolosa o imprudente reprochable.

En definitiva, se ha consensuado que son requisitos para poder considerar imputable a una persona de un hecho delictivo y aplicarle una pena:

- a) Que en el momento de la acción el sujeto posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos.
- b) Que el sujeto goce de la libertad de su voluntad o de su libre albedrío.

Tal y como hemos mencionado, partimos de la base de que existen en nuestro ordenamiento jurídico circunstancias eximentes y circunstancias atenuantes para los casos en que una persona no puede responder – de forma total o parcial – como culpable de un delito que ha cometido.

Dentro de las causas de exención de responsabilidad criminal o eximentes tenemos la minoría de edad penal; la legítima defensa; el estado de necesidad; el actuar en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo; la enajenación mental o trastorno mental transitorio; la

intoxicación plena; las alteraciones en la percepción (des del nacimiento o la infancia) y el miedo insuperable.

Cuando se estime cualquiera de estas circunstancias el sujeto se considerará inimputable, por lo que no se le podrá imponer ninguna pena.

En relación con los trastornos de personalidad la eximente completa se da en algunos casos en que la afectación del trastorno es tan grande que lleva el individuo a “presentar un impulso que le provoca una alteración de sus frenos inhibitorios”, por lo que se puede considerar que no tiene la capacidad volitiva exigible por el Código Penal a la hora de imputar (de Dios et al., 2009).

Por otro lado, las circunstancias atenuantes están formadas por la adicción a las drogas o alcohol; el estado pasional; la confesión de infracción; la reparación del daño, las dilaciones procesales indebidas, las de análoga significación a las anteriores y la mixta de parentesco.

Si lo que se contempla es una circunstancia atenuante el sujeto será considerado semiimputable, imponiéndosele la pena de forma atenuada (art. 66 CP).

Las eximentes incompletas son aquellas circunstancias atenuantes en las que se dan las causas exigidas para aplicar una eximente pero no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad, faltan algunos que no son fundamentales (art. 21.1ª CP). Es el caso de anomalías que no impiden totalmente la comprensión de ilicitud del hecho pero sí aminoran la comprensión o la libertad de actuación volitiva (de Dios et al., 2009).

Finalmente, muchos trastornos de la personalidad se resuelven penalmente aplicando una atenuante analógica, que consiste en la disminución de la responsabilidad criminal mediante analogía entre las circunstancias concretas del caso y las determinadamente especificadas en la norma, teniendo que existir identidad en la razón o estructura y motivación de las mismas (de Dios et al., 2009).

Es importante aclarar que en lo relativo a las eximentes y atenuantes no se aplica el principio “in dubio pro reo”, por lo que cuando no se tienen suficientes datos

para acreditar las circunstancias en cuestión estas no pueden ser apreciadas. Los hechos que constituyen una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal han de quedar igual de acreditados que el hecho principal, esto es, el delito cometido (SSTS 701/2008 de 29 de octubre, 108/2014 de 6 de noviembre en SAP 754/2016, de 19 de septiembre).

3.1. Los trastornos de la personalidad y la imputabilidad.

La imputabilidad está relacionada directamente con la “medida psicológica de la enajenación mental”, por lo que los psicólogos y los psiquiatras son requeridos desde la Sala de Justicia para evaluar la enfermedad mental del encausado y, en su caso, la afectación de esta a sus capacidades cognitivas o volitivas. Legalmente esto se denomina evaluación psicológica, estando siempre el diagnóstico clínico bajo prueba de hipótesis de simulación, para garantizar su veracidad (Arce y Fariña, 2007).

La jurisprudencia identifica unas fuentes específicas de no imputabilidad: la esquizofrenia, la paranoia (trastorno delirante), el retraso mental con un CI inferior a 25, la demencia senil, la epilepsia y el trastorno mental transitorio – cuando está relacionado con una enfermedad mental – (Arce y Fariña, 2007).

Lo que serían otras anomalías como la depresión, juego patológico, drogadicción, psicopatía o trastornos de la personalidad, no se ha considerado que tengan, generalmente, “base suficiente para la no imputabilidad”, aunque sí podrían conllevar la atenuación de la responsabilidad.

Algunos peritos forenses consideran que el trastorno de la personalidad no es una enfermedad, sino una manera de ser. Aunque se ha ido reconociendo con más claridad que estos sujetos presentan una dificultad inherente para ajustar su comportamiento a la ley o normas, a pesar de que esto les conlleve graves perjuicios (Martínez et al., 2001).

El legislador considera que no basta con la existencia de un trastorno para apreciar una causa de limitación de la imputabilidad. La jurisprudencia ha ido declarando que no es suficiente una clasificación clínica del acusado para ello,

siendo necesaria también una relación de esta con el acto delictivo en cuestión, ya que “la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo” (STS 51/93 de 20 de enero y 251/2004 de 26 de febrero, en SAP 277/2017 de 16 de junio de 2017, recurso de apelación 141/2017).

Desde el momento en que la jurisprudencia trata los trastornos de la personalidad como enfermedad mental (giro debido a la CIE-9 de la OMS y la DSM-III) se ve reconocida su posible trascendencia penal, es decir, la idea que estas “anormalidades” existentes en la personalidad puedan afectar la “capacidad de libre autodeterminación del sujeto”, aunque no a las facultades cognitivas. Por lo tanto, al conservarse estas últimas, no cabe considerarlas como eximente completa (salvo casos concretos en los que sea muy profunda, coexista con otro trastorno mental y siempre que el hecho delictivo y la anormalidad caracterológica tengan una relación causal) sino que la aminoración de responsabilidad criminal sería en forma de eximente incompleta o atenuante (SAP 250/2014 de 25 de junio de 2014, recurso de apelación 616/2014).

3.2. El TLP y las condenas

La forma de ser autodestructivas de las personas con TLP puede llegar a ser “antisocial”, cometiendo delitos. Los más habituales son los delitos contra las personas y los violentos.

Dado que el TLP incluye rasgos como inestables e intensas relaciones interpersonales, impulsividad, intensa ira e inestabilidad afectiva, podría considerarse que las personas que sufren este trastorno son más propensas a la violencia interpersonal, puesto que las conductas violentas son frecuentes en ellas (González y Robles, 2005).

Existen datos empíricos que sostienen la asociación entre TLP y conducta criminal, aunque incluyen la acción de “factores mediadores”: por ejemplo, entre pacientes drogodependientes y alcohólicos, el diagnóstico de TLP se encontraba correlacionado con el número de crímenes violentos en el periodo post-tratamiento (González y Robles, 2005).

Antes hemos enumerado los requisitos a tener en cuenta para evaluar la imputabilidad. Aplicándolos al TLP, podríamos considerar que la “yoidad” se ve mermada si se da alguno de los episodios psicóticos breves o estados de despersonalización o des-realización que pueden acompañar el TLP, ya que pueden conllevar “alteraciones cualitativas y cuantitativas de la conciencia que motiven un estado de obnubilación, confusiónismo o ideación-percepción patológica” que hagan desconocer la realidad de los hechos.

Por lo que respecta a la inteligencia, no tiene por qué estar viciada pero a veces la impulsividad que caracteriza las conductas de estos sujetos puede hacerlos incapaces de prever las consecuencias de sus actos (González y Robles, 2005).

Finalmente, la voluntad puede verse también anulada o disminuida según qué estados anímicos experimenten las personas con TLP, generalmente de necesidad o emocionales (González y Robles, 2005).

González y Robles (2005) llevaron a cabo un análisis de la jurisprudencia española a partir de una revisión de sentencias de la Jurisdicción Penal comprendidas entre el 1995 y el 2004. En éste quedaba patente que existe una alta proporción de delitos violentos y contra las personas entre sujetos con TLP y que existe un porcentaje muy desigual entre el número de delitos atribuidos a hombres y a mujeres con el trastorno, siendo mayor en los primeros, lo que podría explicarse por las diferentes vías de canalización de la ira y la agresividad (hacia sí mismos o hacia los demás), fruto de las diferencias de socialización. Además, también encontraron una alta relación entre el TLP y el abuso de sustancias que es, en sí mismo, un factor de riesgo para la comisión de conductas delictivas y violentas.

De su estudio extrajeron la información de que en los Tribunales Españoles, en sentencias en que la persona sólo presentaba TLP, al mayor porcentaje le correspondió una eximente incompleta; después una atenuante analógica (que se traduce en una leve merma de la responsabilidad) con imputabilidad no viciada; y finalmente, y en el menor porcentaje, la exención total de responsabilidad.

Por lo tanto, sabemos que en los Tribunales en aquel momento se estaba teniendo en consideración el TLP como causa de reducción de la imputabilidad, considerando que disminuye la capacidad volitiva de los sujetos, viciando, por lo tanto, también la imputabilidad.

En concreto, en el mismo estudio, analizando la imputabilidad relacionada con delincuentes con TLP sin otro trastorno psiquiátrico asociado, un 25% se trató como imputable, a un 25 % se le aplicó la atenuante analógica, a un 37% la eximente incompleta y a un 13% la eximente completa (González y Robles, 2005).

3. Hipótesis

Habiéndonos aproximado a lo que es el TLP, al concepto de imputabilidad y a la posible relación que ambos pueden tener, procederemos a la formulación de unas hipótesis para poder corroborar en el análisis de sentencias que más adelante llevaremos a cabo.

La primera hipótesis es que padecer un TLP aumenta las probabilidades de cometer un delito ante una situación estresante, a causa de la impulsividad agresiva que caracteriza el trastorno. En otras palabras, la misma persona en idénticas circunstancias pero sin presentar un TLP habría actuado de forma más asertiva, disponiendo de más herramientas para sobrellevar su malestar emocional.

La segunda hipótesis es que el criterio jurisprudencial choca con el de los psicólogos en cuanto a la relación entre el TLP y la imputabilidad; mientras los primeros no consideran que el simple hecho de presentar el trastorno tenga especial relevancia en cuanto a esta, los últimos defienden que el TLP provoca una alteración en las capacidades volitivas que debería conllevar una modificación de la responsabilidad penal en la mayor parte de los casos.

Finalmente, la tercera hipótesis es que el criterio jurisprudencial tiende a concebir una mayor problemática y a aplicar con más facilidad alguna de las

circunstancias modificativas de la responsabilidad penal cuando el procesado presenta una drogadicción.

5. Metodología

La metodología del presente trabajo es el análisis de 68 sentencias catalanas de los últimos seis años en las cuales la persona procesada padezca un TLP.

En concreto, la búsqueda se ha ceñido a aquellas sentencias que contienen las palabras “trastorno límite de la personalidad” o bien “TLP”. Éstas se han obtenido a través del buscador de jurisprudencia CENDOJ.

Se trata de un análisis de sentencias de la jurisdicción penal, sin discriminar por el tipo de órgano que las dicta.

Inicialmente la idea era acotar las sentencias a un ámbito temporal del 1 de enero de 2012 hasta el 1 de enero de 2018 o incluso de 2019. Finalmente, el análisis se ha reducido a sentencias del 2012 al 2017, siendo la primera del 2 de febrero de 2012 y la última del 24 de noviembre de 2017, ya que no existían sentencias más recientes con los filtros aplicados.

Como criterios de exclusión, hemos considerado la persona que presenta el TLP, descartando las sentencias en que esta fuera la víctima; y la referencia al trastorno, dejando fuera del objeto de estudio las sentencias que presentaran una referencia poco específica, fusionándolo con otros diagnósticos, incluso confundiéndolo con otras patologías, o bien aquellas en las que el diagnóstico del TLP no resultase suficientemente acreditado – ya que, tal y como estableció la STS 1477/2003 de 29 de diciembre, los déficits probatorios son resueltos a favor de la plena responsabilidad penal, no del reo –.

Por otro lado, cuando una sentencia hacía referencia a una “atenuante genérica” – sin especificar más – y relacionaba la comisión del delito con el TLP y el consumo de sustancias, se ha incluido en la categoría de atenuante analógica por

anomalía psíquica, cuando de la sentencia se extraía que el factor más relevante había sido el trastorno mental.

En algunas ocasiones la persona procesada presentaba una discapacidad mental reconocida en un porcentaje concreto – que nada tiene que ver con una afectación intelectual –. Esta no se ha considerado un factor aparte ya que la causa de dicha discapacidad es el TLP o trastorno mental en sí, no considerándose necesaria su inclusión.

En un inicio uno de los factores a considerar era el órgano que dictaba la sentencia, pero se ha eliminado ya que en todas ellas el órgano era una Audiencia Provincial y no era relevante de cara al posterior análisis de los datos.

Finalmente, el análisis ha consistido en extraer, de cada sentencia examinada, la siguiente información: género del procesado; trastorno que presenta, sea únicamente el TLP o con otra anomalía psíquica, abuso de sustancias o afectación intelectual; delito cometido; circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, si la hay; y existencia o no de relación entre dicha circunstancia y el TLP.

6. Resultados

Por lo que respecta a las 68 sentencias objeto de análisis, empezaremos comentando algunas características observadas en ellas.

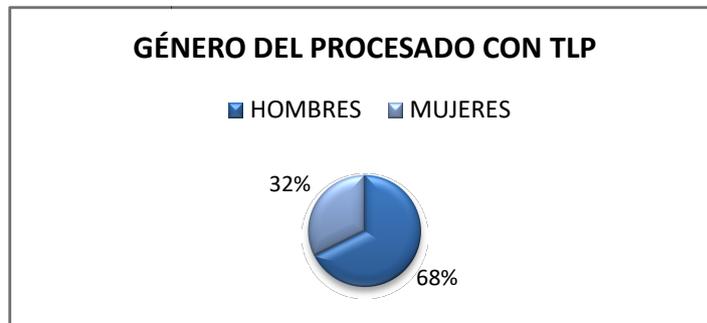
En primer lugar, nos centraremos en la vertiente cuantitativa, con los datos obtenidos estadísticamente y, en segundo lugar, en la parte más cualitativa, resultado de los contenidos relevantes presentes en los fundamentos jurídicos de las sentencias objeto de estudio.

6.1.- Análisis cuantitativo de las sentencias analizadas

Para empezar, destacan los delitos con violencia, física o verbal, como las amenazas, el homicidio (o tentativa), las lesiones, el maltrato en el ámbito familiar y el robo con fuerza en las cosas; aunque también el quebrantamiento de

medida cautelar. Este resultado coincide con lo que afirmaban González y Robles (2005) en su estudio sobre agresividad y delictología en el TLP.

Figura 1. Género del procesado con TLP

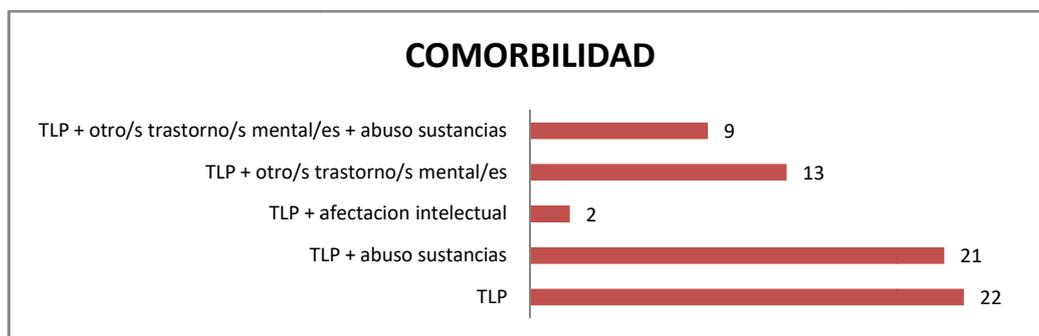


Fuente: Elaboración propia

En cuanto al género de las personas con TLP procesadas predomina el masculino sobre el femenino. Teniendo en cuenta que es un trastorno más diagnosticado en mujeres que en hombres, esto podría explicarse por la distinta forma de canalización de la ira entre géneros ya comentada anteriormente.

Aun así, si comparamos los resultados obtenidos con los del estudio de González y Robles (2005) podemos apreciar un aumento considerable del porcentaje de mujeres con TLP procesadas (de un 13% a un 32%).

Figura 2. Comorbilidad del TLP en los casos estudiados.



Fuente: Elaboración propia

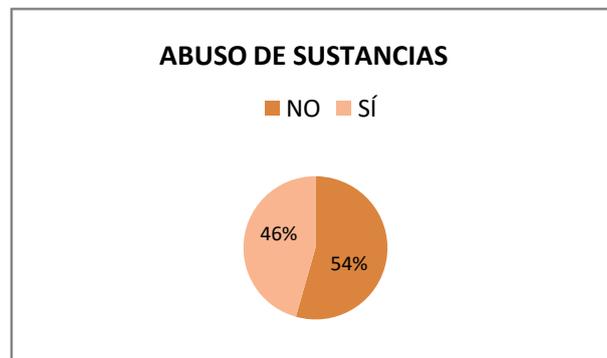
En la Figura 2 podemos observar cómo, después del diagnóstico único de TLP y con una mínima diferencia entre ambos, predomina la comorbilidad del TLP con el abuso de sustancias (Patología Dual), seguida de la comorbilidad con otros trastornos mentales, muchas veces también acompañados del consumo de psicotrópicos y, finalmente, solamente dos casos de afectación intelectual.

6.2.- El factor de abuso de sustancias psicoactivas

En cuanto a la drogadicción o al abuso de drogas, hemos podido observar cómo es un factor de gran importancia a la hora de decidir si se aplica o no una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal al procesado, dejando la existencia o no de un TLP en un segundo plano.

De las 68 sentencias analizadas en 31 el procesado presenta una drogadicción o abuso de sustancias psicoactivas. Esta gran proporción no nos sorprende ya que, tal y como anteriormente hemos mencionado en el trabajo, el TLP suele ir fácilmente asociado al consumo de tóxicos.

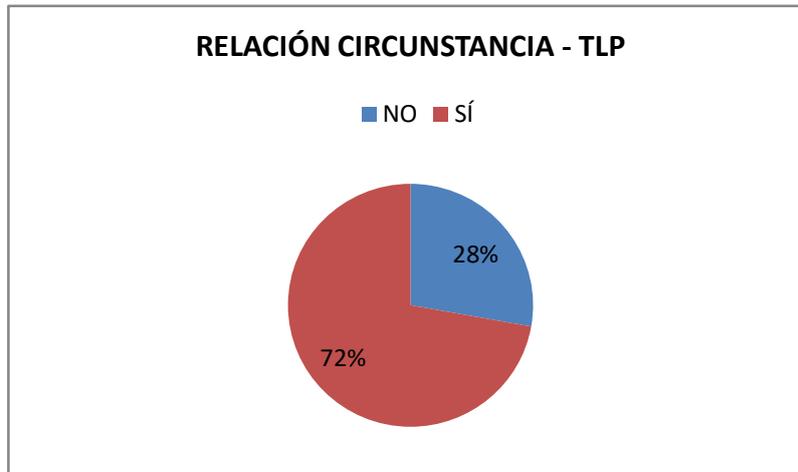
Figura 4. Abuso de sustancias en los casos analizados.



Fuente: Elaboración propia

Vista la gran proporción de consumo existente en los casos de procesados con TLP hemos filtrado los casos en que la aplicación de una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal está relacionada con la existencia sola del TLP, para conocer en cuáles el TLP y la atenuante o eximente guardan realmente relación y en cuáles se han apreciado debido a la drogadicción o abuso de tóxicos.

Figura 5. Relación de la circunstancia modificativa de la responsabilidad aplicada y el TLP



Fuente: Elaboración propia

Aunque en la mayoría de los casos en que se ha aplicado una atenuante o una eximente el motivo ha sido el TLP que presentaba el procesado, también existe un número importante de casos que resaltan por basar la inimputabilidad o semi-imputabilidad del procesado en el abuso de sustancias de este, obviando así su trastorno de la personalidad.

6.3.- Relación entre las atenuantes o eximentes y el TLP

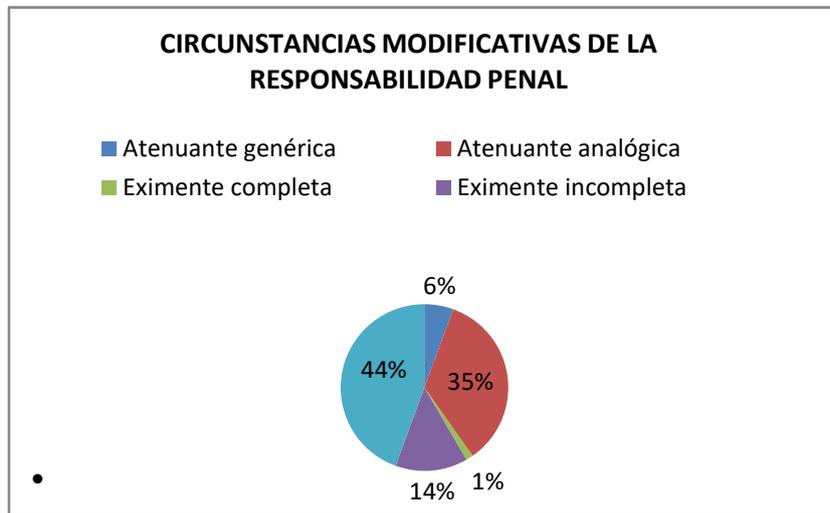
El análisis llevado a cabo nos ha permitido conocer qué circunstancias modificativas de la responsabilidad penal se han contemplado en las sentencias objeto de estudio.

En la más de la mitad (56%) de los casos examinados se ha apreciado una circunstancia, frente al 44% de los casos en que no ha sido así. Dentro de las circunstancias apreciables, la mayor proporción (31%) ha correspondido a la atenuante analógica; en menor proporción a la eximente incompleta; seguida de la atenuante genérica y de la eximente completa, que sólo representa un 1% de los casos.

Hemos hecho la distinción entre la atenuante analógica y la genérica al ser la primera la que se suele aplicar cuando nos encontramos ante un trastorno de la personalidad, pero debemos tener en cuenta que, de unir ambas categorías, la

aplicación de una circunstancia atenuante representaría el 41%, por lo que casi igualaría la no aplicación de circunstancia alguna.

Figura 3. Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal contempladas.



Fuente: Elaboración propia

En el estudio de González y Robles (2005) la ordenación es la misma pero nos encontramos con grandes diferencias en relación a las eximentes, pudiendo observar que se ha pasado de un 33% de eximente incompleta y un 10% de eximente completa a unos 14% y 1% respectivos. Por lo tanto, se ha mantenido el uso de las atenuantes pero ha disminuido considerablemente el de las eximentes.

Por último, por lo que respecta a la consideración de imputabilidad del procesado con TLP, esta ha aumentado de un 21% a un 44%.

7. Análisis de contenido de las sentencias analizadas

Llevando a cabo el análisis de las sentencias mencionadas anteriormente, nos hemos encontrado con fragmentos muy interesantes, así como remisiones a otras sentencias anteriores que resultan importantes para entender cómo se concretan las bases jurisprudenciales sentadas sobre esta materia.

A continuación presentaremos ejemplos extraídos de las sentencias analizadas que llaman la atención por clarificar la interpretación doctrinal respecto el TLP y la imputabilidad.

En concreto, la sentencia de instancia, de 2006/2002, de 3 de diciembre, giró alrededor del caso de una persona con trastorno delirante de perjuicio y TLP. Se consideró que ambas patologías disminuían levemente la facultad de controlar los impulsos del procesado, por lo que la Audiencia Provincial apreció la “conurrencia de una atenuante análoga a la semieximente de anulación de las facultades mentales por anomalía psíquica”.

En la misma sentencia se expone que, tal y como el Tribunal casacional recuerda, la jurisprudencia ha establecido que no es suficiente la existencia de un diagnóstico para concluir la concurrencia de una afectación psíquica en la conducta de un sujeto.

El Código Penal se basa en la doble exigencia de una causa biopatológica y de un efecto psicológico, siendo este último la “anulación o grave afectación de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de determinar el comportamiento con arreglo a esa comprensión” (STS de 9 de octubre de 1999, núm.1400).

Por lo tanto, debe existir una relación directa entre el acto delictivo y la enfermedad mental, que es en sí la circunstancia modificativa o eximente de responsabilidad criminal apreciada.

También apunta que las sentencias de 11 de junio de 2002, núm. 1074 o 1841/02, de 12 de noviembre, han hablado de los trastornos de la personalidad exponiendo que estos no disminuyen o alteran la capacidad de entender y querer del sujeto desde el punto de vista de responsabilidad penal puesto que “no han sido considerados en línea de principio por la Jurisprudencia como enfermedades mentales que afecten a la capacidad de culpabilidad del mismo”.

Por eso, la sentencia 2186/2002, de 23 de diciembre, establece que se trata de “[...] anomalías o alteraciones psíquicas, por lo que es necesario atender a sus

características y a las peculiaridades del hecho imputado para precisar sus concretos efectos [...]”.

Tenemos también como foco de interés la sentencia 174/2017 de 20 de abril de 2017. Esta sentencia hace hincapié en la conciencia del autor del delito de homicidio cuando llevó a cabo los hechos y planificación de ellos, por lo que no procede la estimación de la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de trastorno mental transitorio del art. 21.1 en relación con el art. 20.1 del CP.

Como recuerda el TS (STS 2ª 415/2006 de 18 abril [RJ 2006, 2289]):

“La relevancia de los trastornos de personalidad en cuanto a la imputabilidad no responde a una regla general. Por lo pronto, no ameritan la exención completa, pues no anulan conocimiento ni voluntad, aunque es cierto que se han llegado a valorar penalmente como atenuantes analógicas, y no faltan otras resoluciones en las que trastornos de personalidad especialmente graves, cuando se asocian a otras patologías (drogadicción, alcoholismo, etc.) han sido valorados como eximentes incompletas, atendiendo a la sustitución legal en el art. 20.1ª CP de la expresión “enajenación mental” por la de “anomalía o alteración psíquica” que permite ya, sin esfuerzo alguno, incluir en el ámbito de esta circunstancia modificativa de la responsabilidad estos trastornos, sin necesidad de recurrir a la analogía.

En el caso de la presente sentencia el Tribunal afirma que el acusado era plenamente consciente de lo que hacía y que tenía la voluntad de hacerlo pues planificó su ejecución previamente (se entiende pues que sus capacidades volitivas e intelectivas no estaban mermadas) (FJ 4), lo que afirma apoyándose en que “en unas notas del trabajo donde el acusado escribió días antes este expresó”: “[...] yo quiero vivir contigo todas las vivencias posibles y solo hay dos maneras, saber de ti en todo momento con limpieza sin controles ni engaños o saber que estas muerta por lo tanto también lo sabré”, entre otras frases que manifiestan control, dominación y una “dependencia afectiva muy acusada”, tal y como indica una de las periciales psiquiátricas practicadas.

En este punto, y conociendo lo que ya conocemos sobre el TLP, podríamos preguntarnos si esta planificación es fruto de un pleno uso de la razón y voluntad o como expresión de uno de los síntomas del TLP, pues su mujer le había dicho

que se iría con otra persona, y el TLP comporta “que el individuo haga un gran esfuerzo para evitar un abandono real o imaginario, lo que quiere decir que el sujeto es muy sensible a las circunstancias externas, hecho que le coloca en una situación muy precaria”. Por tanto, ante la expectativa de separación, el individuo, que tolera muy mal la soledad, reacciona con un miedo extremo e incluso con ira hacia el otro.

Pero la pericial que en la sentencia resulta más “clarificadora”, en palabras del Tribunal, es la que concluye que el acusado “no presenta ni presentaba en el momento de los hechos ninguna enfermedad que le impidiese diferenciar entre el bien y el mal, que alterase su capacidad de comprensión o que mermase su capacidad de actuar de forma libre y voluntaria o que interfiriese de alguna manera sobre su capacidad intelectual”.

Por otro lado, en la sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona número 1451/2013 de 19 de noviembre de 2013 el recurrente se refiere a la falta de apreciación de una circunstancia atenuante del artículo 21.1 en relación con el 20.1 del CP al padecer el procesado un TLP y un trastorno del sueño. En relación a esta cuestión la Sala se muestra conforme con la decisión del Juez *a quo* expresando que “no existe prueba que avale la circunstancia de que, no en un momento anterior, sino en el momento concreto de comisión de los hechos el recurrente tuviera afectadas de modo relevante sus capacidades cognitivas y volitivas a causa de dichos trastornos” y también apunta que dichos trastornos no le han impedido a éste “desarrollar con normalidad una actividad laboral en la que se exige comprensión y concentración”.

Cabe destacar también la sentencia de la Audiencia Provincial de Lleida número 192/2013 de 4 de junio de 2013 la cual, ante un caso de persona con TLP y una lesión desmielinizante pseudotumoral de tronco cerebral no son aplicadas ni la exención ni la atenuación de la responsabilidad criminal. Esto se sustenta, en primer lugar, en el hecho que la lesión neurológica según el informe médico-forense parece “auto-limitada y sin signos de actividad” y, en segundo lugar, en que la procesada no se encontraba en el momento de los hechos bajo los efectos del consumo del alcohol (aunque la misma sentencia afirma que ésta mostraba

signos de embriaguez) y que se encontraba consciente y orientada, entendiendo todo lo que se le decía.

Mientras que la sentencia afirma que el cuadro patológico presentado por la procesada puede conllevar alteraciones del comportamiento y afectaciones en la capacidad, al ser combinada la medicación que toma con alcohol, por otro lado también expone que tanto las pruebas como la ausencia de signos de actividad de la lesión neurológica “descartan la efectiva concurrencia de una perturbación de las facultades de conocimiento o de voluntad al momento de los hechos”.

Añade también que la procesada contaba con capacidad de conocimiento de la ilicitud de sus acciones y con sus facultades de decisión, ya que mostraba un “comportamiento insultante y agresivo frente a los agentes policiales”. Y, por tanto, se considera que no se puede apreciar una abolición completa o bien profunda de las capacidades tanto intelectivas como volitivas que supusieran un impedimento para la comprensión de la ilicitud del hecho, “ni siquiera una disminución de menor intensidad”, por lo que queda excluida incluso la posibilidad de aplicación de una atenuante.

En la misma línea, la sentencia número 767/12 de la Audiencia Provincial de Barcelona expresa que el apelante padece un TLP “que interfiere en su intelecto” pero que, además de la prueba documental, hubo una prueba pericial médico forense que concluyó que, si bien el acusado padece un “enlentecimiento de la comprensión”, podía comprender el contenido de la orden de alejamiento dictada que no cumplió (FJ 2). Por lo tanto, sitúa el foco de interés en la capacidad del sujeto de entender la ilicitud del hecho, aunque la misma sentencia esté afirmando que el sujeto presentaba dificultades intelectuales.

Respecto al TLP en concreto, la mayoría de las sentencias coinciden en que, aunque no llega a anular las facultades cognitivas, conservando la razón, el juicio y el entendimiento de los actos delictivos, con capacidad para comprender su conducta (SAP 354/2012, FJ 10) sí que afecta a veces a la capacidad volitiva, llevando a la persona a actuar por impulsos y con una gran agresividad (SAP 354/2012, FJ 1) y a que viva las situaciones conflictivas con una percepción de

perjuicio hacia ella, lo que podría conllevar la disminución de su imputabilidad en ocasiones (SAP 75/2012, FJ 5).

Por último, y para mostrar cualitativamente la importancia que se le da al consumo de psicoactivos en relación con la imputabilidad, pondremos como ejemplo la sentencia número 452/2012 de 6 de julio de 2012 de la Audiencia Provincial de Barcelona, donde se conoce que la acusada padece un TLP en el que “incide el hábito tóxico-alcohólico aparentemente compulsivo que padece y a consecuencia del cual sus facultades psíquicas superiores se habrían visto alteradas”. De forma seguida se constata que, aunque sea cierto que padece de un TLP, no queda acreditado el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la acusada, y que la ingesta de alcohol es esporádica según la documentación médica aportada por el centro penitenciario (FJ 3).

Por lo tanto, el hecho que no conste que la acusada había consumido bebidas alcohólicas hasta quedar afectadas sus facultades, es el sustento para que no se le aplique ninguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, ignorando el hecho de que padeciera un TLP.

8. Conclusiones

En primer lugar, habíamos planteado la hipótesis de que el TLP es un factor decisivo a la hora de cometer un delito para aquellas personas que lo sufren, siempre que se den determinadas circunstancias estresantes. Esto se ha visto confirmado por gran parte de los estudios científicos existentes sobre el trastorno, puesto que una gran parte de los autores del ámbito de la Psicología y Psiquiatría entienden que, aunque no se encuentre mermada la inteligencia de los individuos con TLP, sí que presentan varios síntomas que pueden viciar su imputabilidad.

Y con dicha afirmación podemos vincular la segunda hipótesis, según la cual existe un choque entre los criterios psicológico y jurisprudencial respecto la influencia del trastorno en la comisión de unos hechos delictivos.

Por parte de la Psicología, se hace hincapié en la alteración del juicio de la realidad y en la impulsividad – que puede conllevar fuertes dificultades en prever las consecuencias de sus actos – entendiendo que existe una alteración importante de la capacidad volitiva y, en ocasiones, también cognitiva. Además, recientes estudios científicos están demostrando la existencia de bases biológicas que justificarían dicha impulsividad y agresividad explicando así la relación entre el TLP y los delitos mayoritariamente violentos o contra las personas.

Todo esto no se ve reflejado en la apreciación de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal por parte de los jueces, mostrándose reticentes a considerar el trastorno como una limitación real para el autocontrol de la persona que comete el delito. Así pues, podemos afirmar que existe este choque entre ambas disciplinas.

Por otro lado, hemos podido observar como la existencia de una drogodependencia grave asociada a un trastorno de personalidad u otras causas psíquicas, o bien la constatación que en el acto enjuiciado incide una situación próxima al síndrome de abstinencia, llevan a que el juez considere una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, normalmente la eximente incompleta.

Si bien la existencia de un TLP influye a que la drogodependencia grave disminuya la responsabilidad penal, el factor determinante es la drogodependencia, ya que sin ella el trastorno podría no ser considerado causa suficiente de aplicación de alguna circunstancia modificativa o bien causa de aplicación de una simple atenuante analógica.

Teniendo en cuenta esto, confirmamos la tercera hipótesis: el presentar una drogadicción tiene una mayor influencia en la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal por parte de los jueces que el hecho aislado de padecer un TLP.

Los resultados obtenidos en el presente estudio también nos han permitido extraer también otras conclusiones, aparte de aquellas relacionadas con las hipótesis previamente planteadas.

Una de ellas es que existe en la jurisprudencia española cierta confusión terminológica respecto el TLP, presentando varias sentencias un concepto poco definido del trastorno, siendo en ocasiones mezclado con otros diagnósticos y no quedando claro si la persona padece uno o ambos trastornos.

Aunque debemos comprender la complejidad que todo diagnóstico conlleva, especialmente el del TLP, esto puede ser también interpretado como una señal del escaso peso que la justicia penal le da al informe forense a la hora de decidir sobre la imputabilidad del procesado, por lo que nos planteamos si debería exigirse un análisis más riguroso y contrastado, que sirva como base para ello.

Por otra parte, dada la alta prevalencia del TLP en la población general y la gravedad de sus síntomas, los resultados también nos han llevado a considerar adecuado replantearse los criterios de la imputabilidad y recurrir a la necesaria ayuda de otras disciplinas como la Psicología y la Criminología para considerar, desde un enfoque preventivo y a su vez rehabilitador, cuál es la mejor medida judicial para el condenado con TLP que ha cometido un delito a causa del trastorno, pudiendo evitar la prisión cuando la persona en cuestión podría responder más favorablemente ante un tratamiento terapéutico y/o una medida de seguridad.

En cuanto al mayor peso que recibe la existencia de una drogodependencia frente al TLP, nos resulta una diferenciación tanto curiosa como cuestionable, ya que el TLP incluye en sus criterios diagnósticos las conductas impulsivas y dañinas para la persona, dentro de las cuales entra el consumo de drogas. Por lo tanto, exista o no dicha drogadicción, el problema de fondo sigue existiendo igual, pudiendo la impulsividad manifestarse de otras formas riesgosas para la persona. Consideramos, por lo tanto, que la importancia debería recaer en el trastorno de base, no en uno de sus síntomas.

Como punto final, la existencia de varias limitaciones, tanto temporales como metodológicas, con las que el presente estudio se ha encontrado, dificultando la exactitud y calidad de los resultados obtenidos, debe ser aprovechada para plantear la necesidad de la realización de otras investigaciones que cuenten con muestras más representativas, que recurran también a métodos cualitativos como las entrevistas, para conocer de primera mano la opinión de los profesionales que tratan con pacientes con TLP en su día a día, y que realicen propuestas criminológicas y estudien la eficacia de la aplicación de estas para no sólo sacar a la luz la problemática existente que ha quedado expuesta en el presente trabajo sino también proporcionar las herramientas para darle solución.

9. Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.

Arce, R. y Fariña, F. (2007). “Propuesta de un protocolo válido y fiable para la evaluación psicológico-forense de la imputabilidad”. *Psicología Jurídica. Evaluación e intervención*. Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela. Departamento AIPSE, Universidad de Vigo.

CENDOJ: Buscador de jurisprudencia. Consejo General del Poder Judicial. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>

Frías, A. (2017). *Vivir con el Trastorno Límite de la Personalidad. Una guía clínica para pacientes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

González, L., Robles, J. I. (2005). “Agresividad y delictología en el Trastorno Límite de Personalidad”, pp. 107-125. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 5. Madrid: Universidad Computense de Madrid.

Gunderson, J.G. (2008). *Borderline Personality Disorder. Clinical Guide*, pp. 1-20. United States of America: American Psychiatric Publishing, Inc.

Martínez, T.; López, F. J.; Díaz, M. L. (2001). “Los trastornos de la personalidad en el Derecho Penal: estudio de casos del Tribunal Supremo”. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 1, N°1, pp. 87-101.

Research Gate. Disponible en: <https://www.researchgate.net/>

Rubio, G. (2000). “¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abusos de sustancias”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 2, nº 3. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de psiquiatría.

Rojas (2011). *¿Quién eres? De la personalidad a la autoestima*. Madrid: Vivir Mejor.

Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011). “Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder”. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. N°18, pp. 275–283.

Vallejo, J. (2015). “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría”. Capítulo 21. Trastornos de la personalidad, pp. 306-316, 8ª edición. Barcelona: Elsevier Masson.