

EL TRATAMIENTO EN EL ORDEN PENAL DE LA FIGURA DEL DELINCUENTE PSICÓPATA

José Arostegui Moreno

La psicopatía –y, en concreto, los hechos delictivos cometidos por los delincuentes psicópatas– es una asignatura que tenemos pendiente los juristas. Efectúo esta reflexión en alto porque, al día de hoy, no hay un criterio homogéneo sobre cómo acometer esta cuestión. Los juristas en nuestro entorno nos hemos dejado llevar, en cuanto al tratamiento que se debe dispensar a los psicópatas, por los resultados de las investigaciones en los ámbitos médico, psicológico y sociológico, olvidando que nuestro criterio y aportaciones pueden ser tan relevantes como los dimanantes de estas ciencias.

Tras la anterior reflexión, diremos que hay tres razones por las cuales a los juristas se nos debe despertar el interés en el estudio e investigación de las psicopatías:

- Una primera razón es la relativa a que los hechos delictivos cometidos por los delincuentes psicópatas han aumentado de forma considerable en los últimos tiempos;
- Como segunda motivación, hemos de decir que la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), nos ofrece una estadística inquietante. Nos dice que el 2 por 100 de la población mundial es psicópata. Si tenemos en cuenta que la población mundial en 2007 era de más de 6.000.000.000 de habitantes, de acuerdo con la estadística de la OMS, en el mundo actualmente hay más de 120.000.000 de personas que son psicópatas. Por lo que respecta a España, se barajan distintas cifras. Como significativa señalaremos la que maneja Garrido Genovés que indica que en España hay aproximadamente 1.000.000 de psicópatas de los cuales sólo 10.000 cometen hechos delictivos; y
- Una tercera razón que debe despertar nuestro interés jurídico en el tema es la consideración por mi parte de que es necesario analizar al grupo de delincuentes más atípicos y complejos dentro de la tipología criminal que se encuentran en nuestras cárceles, y conocer si su tratamiento penal es el adecuado.

ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA JURÍDICA QUE SE PLANTEA EN TORNO A LAS PSICOPATÍAS.

Una vez dicho lo anterior, señalaremos que –para un mejor conocimiento del estudio de las psicopatías y de toda la problemática jurídica que las circunda– es conveniente abordar el análisis de esta patología desde cuatro perspectivas:

- La evolución histórica de las psicopatías;
- La psicopatía como trastorno antisocial de la personalidad o psicopatía;
- La culpabilidad y la inimputabilidad del delincuente psicópata respectivamente; y
- El tratamiento penitenciario.

Antes del análisis del contenido de estas cuatro perspectivas que pretendemos llevar a cabo, puntualizamos, como es obvio, que este artículo no es exhaustivo, es una ligera visión desde un punto de vista jurídico de esta patología. En este orden de cosas, diremos también que, de forma previa a la exposición del tema y teniendo en cuenta la diversidad conceptual de la psicopatía,

queremos indicar, aunque sea de forma breve, el concepto de psicopatía que vamos a manejar, ello para una mejor exposición de las ideas que pretendemos transmitir.

La psicopatía es una enfermedad mental que afecta únicamente a la voluntad. No afecta a la inteligencia, a diferencia de los estados de enajenación mental que afectan a la voluntad y a la inteligencia.

Una vez realizada la anterior precisión, pasamos al análisis de cada una de las perspectivas anunciadas.

PRIMERA PERSPECTIVA: LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS PSICOPATÍAS.

Esta evolución es importante porque, a través de ella, se pueden detectar cuatro cuestiones fundamentales para valorar si el tratamiento penal que reciben las personas que padecen esta patología es el adecuado. Estas cuestiones son las siguientes:

Una primera cuestión que se puede detectar es que no ha existido un criterio uniforme por parte de los investigadores a lo largo de la historia para establecer lo que son las psicopatías; es decir, en las primeras sociedades ya se conoce a las personalidades psicopáticas, si bien, como es evidente, bajo otra denominación. Así, tenemos que en el 200 AC, Teofrasto, discípulo de Aristóteles, en sus escritos nos habla del "*hombre sin escrúpulos*", que se asemeja en gran medida al actual psicópata. Este hombre llamaba poderosamente la atención porque realizaba una serie de actos extraños y de extrema violencia, que más bien eran propios de los enajenados mentales. Sin embargo, este hombre sin escrúpulos no era un enajenado mental, porque estos actos los realizaba teniendo intacta su inteligencia. Se consideraba que padecía una enfermedad mental provocada por causas sobrenaturales o demonológicas.

La consideración anterior se mantiene hasta el siglo XVIII. Con la Ilustración se piensa que el hombre sin escrúpulos al que se refiere Teofrasto, padece, más que una enfermedad mental de corte mágico, un trastorno del carácter. Precursor de esta idea es el médico francés Philippe Pinel, que en sus escritos nos habla de "*locos que no presentaban lesión alguna del entendimiento y que estaban dominados por el instinto de furor*". Era lo que denominaba "*manía sin delirio*", e incluye en esta patología a la actual psicopatía, la paranoia, la histeria y la conducta paroxística.

En esta etapa no se utiliza aún el término psicópata para referirse a este problema del carácter. El término psicópata se empieza a utilizar por primera vez por Kraepelin en 1883 en su obra "Psiquiatría". Kraepelin interpreta de forma amplia el término psicópata e incluye en él a los criminales congénitos, los homosexuales, los que padecen estados obsesivos, la locura impulsiva, los embusteros, los farsantes y los pseudoligantes. La interpretación que del término psicopatía hace Kraepelin se amplía posteriormente con la intervención de los psicoanalistas, psicólogos, sociólogos y psiquiatras, y da lugar a que la práctica totalidad de los trastornos del carácter se aglutinen bajo el término psicopatía. Este nuevo planteamiento de que las psicopatías son un trastorno del carácter, que arranca en el siglo XVIII, se mantiene hasta el siglo XX, en concreto hasta 1992 en que la OMS reconoce que la psicopatía constituye una auténtica enfermedad mental.

Una segunda cuestión que se puede detectar en el recorrido histórico de esta patología es que el debate de si las psicopatías constituyen un problema del carácter o una enfermedad mental, dio

lugar por parte de los investigadores a establecer, según indica Casón, más de 200 denominaciones en torno a ella. Por tanto, las psicopatías se conocen además como sociopatías, psicopatías esquizoide, paranoides, inferioridades psicopáticas... así hasta 200 denominaciones.

La tercera cuestión que se detecta en el análisis histórico es que hasta 1923 se consideraba por los investigadores que un sujeto que tenía rasgos psicopáticos tenía que ser forzosamente un delincuente. Esta cuestión la corrigió Kurt Schneider en su obra "La personalidad psicopática" en la que apunta que no todos los psicópatas son delincuentes, porque estas personas no sólo se hallaban en las prisiones e instituciones psiquiátricas, sino en toda la sociedad y señala que incluso eran personas que podían tener éxito en los negocios y en sus relaciones sociales. La corrección de Schneider viene avalada con las cifras que ofrece Garrido Genovés cuando señala que en España, del 1.000.000 de personas que son psicópatas, solo 10.000 cometen hechos delictivos. Las restantes 990.000 personas que son psicópatas y no cometen hechos delictivos –indica Garrido Genovés– se encuentran en todos los estratos de la sociedad española, y serán personas con un carácter difícil, conforme a la línea mantenida por Schneider. Así, en nuestra sociedad hay abogados, médicos, políticos, empresarios, amas de casa psicópatas, incluso hay niños psicópatas. Son personas que, aunque no cometen hechos delictivos, tiene un carácter complejo, carecen de principios y valores morales y, si tienen que hacer sufrir a alguien, lo harán sin dudarle un momento.

La cuarta cuestión que se detecta en la evolución histórica de las psicopatías es la relativa a que el término "psicopatía" que acogía a los trastornos del carácter desde el siglo XVIII, en 1992 ya no cumple esa misión. Ello se debe a que la OMS considera, a partir de esa fecha, que la psicopatía es una disfunción autónoma, con sus propias características y no un término que daba nombre a la totalidad de los trastornos de la personalidad, como equivocadamente se venía haciendo.

Este error histórico se debe a Kraepelin, que, cuando establece el término "personalidad psicopática" en 1883, lo interpreta de forma amplia e incluye en él una serie de patologías, que son ampliadas posteriormente por los psicoanalistas, psicólogos, psiquiatras y sociólogos, abarcando el término, en su etapa final, a todos los trastornos del carácter o trastornos de personalidad. En España tuvo eco ese error histórico, ya que, a pesar del reconocimiento de la comunidad científica internacional, en 1992, de que la psicopatía no podía dar nombre a la totalidad de los trastornos de la personalidad, los tribunales penales en España siguieron calificando como psicópatas a personas que no padecían esta patología. Así, por ejemplo califican como psicópatas a personas que padecen un trastorno paranoide, esquizoide, narcisista o histriónico de la personalidad.

En el recorrido histórico que hemos realizado destacan, por tanto, la confusión y los errores en los estudios de las personalidades psicopáticas. García Blázquez considera que estas confusiones y errores, si bien son normales para la ciencia, a los juristas les crean dudas y desconfianza.

PERSPECTIVA DE LA PSICOPATÍA COMO TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD, O PSICOPATÍA.

Si bien es cierto que la absorción que el término psicopatía lleva a cabo de la totalidad de los trastornos de personalidad desaparece en 1992, el término psicopatía se sigue utilizando para denominar a un concreto trastorno de la personalidad. Nos estamos refiriendo a que, hoy en día,

con el término “psicopatía” se denomina al Trastorno Antisocial de la Personalidad, el cual tiene, a su vez, diversas variantes y clasificaciones. Así, tradicionalmente, hay psicópatas primarios, secundarios y subculturales o disociales. Millon recoge como variantes del Trastorno Antisocial de la Personalidad o psicopatías los siguientes:

- El antisocial normal
- El antisocial codicioso
- El antisocial que defiende su reputación
- El antisocial arriesgado
- El antisocial nómada
- El antisocial malevolente.

Sin embargo, en este artículo no vamos a analizar las clasificaciones ni las características de los trastornos de personalidad o psicopatía. Lo que sí que vamos a analizar es el debate actual que existe en torno a esta patología. En relación con este debate, hoy en día, se ha superado la discusión inicial sobre si la psicopatía era una enfermedad mental de corte mágico, un trastorno del carácter o una enfermedad mental de tipo orgánico. Se ha superado el debate porque parece que, por fin, la ciencia médica ha llegado a la conclusión de que las psicopatías constituyen una auténtica enfermedad mental, como así lo reconoce la OMS en su Manual de Clasificación de Enfermedades Mentales (CIE) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Actualmente, el debate se ha planteado en determinar si la patología psicopática es la que provoca que los sujetos que la padecen cometan hechos delictivos.

En el anterior sentido, diremos que algunos investigadores, desde la Biología, la Psicología, la Psiquiatría y la Sociología, ofrecen explicaciones para demostrar que la psicopatía, como patología en sí, es la responsable de los hechos delictivos que cometen las personas que la padecen; sin embargo, estas explicaciones no son concluyentes. Así, Raine señala que en las investigaciones que ha realizado con psicópatas ha encontrado anomalías a nivel cerebral, que considera que son las responsables de los hechos delictivos que cometen los sujetos psicópatas. Apunta que estas anomalías ponen de manifiesto que existe un condicionamiento biológico en el comportamiento delictivo de los psicópatas. Este mismo descubrimiento lo han llevado a cabo investigadores como Gorenstein.

Sin embargo, en relación con la cuestión planteada, Robert Hare y Hoffman señalan que en sus estudios no han encontrado relación entre la disfunción o anomalía cerebral y el comportamiento delictivo de los psicópatas. Igual que ocurre con las bases biológicas, ocurre con las restantes bases, ya que habrá un sector de la investigación que afirma que existe relación entre la psicopatía y el hecho delictivo y otro que lo niega, lo que nos lleva a concluir que en este apartado no hay nada definitivo ni concluyente.

El debate reseñado en este epígrafe es importante porque, si se demuestra que la patología psicopática provoca que el sujeto que la padece delinca, a esta persona no se le puede declarar culpable en un proceso penal, porque la determinación de la psicopatía para delinquir –ya sea una determinación biológica o fisiológica– es incompatible con la apreciación de la categoría culpabilidad.

En consecuencia, si en el terreno de la Biología, la Psicología, la Psiquiatría, y la Sociología no hay un criterio concluyente que demuestre que la psicopatía es la responsable de los hechos delictivos que cometen los sujetos psicópatas, cabe preguntarse ¿Cuál es el tratamiento jurídico de la culpabilidad del delincuente psicópata?

PERSPECTIVA DE LA CULPABILIDAD Y LA INIMPUTABILIDAD DEL DELINCUENTE PSICÓPATA EN ESPAÑA.

El tratamiento de la culpabilidad del delincuente psicópata ha sido distinto a lo largo de la historia. La evolución en la historia del tratamiento de la culpabilidad del delincuente psicópata ha pasado por distintos momentos o etapas. Una primera etapa se podría establecer desde las primeras sociedades hasta el siglo XIX. En este período, en el que han estado vigentes la teoría de la responsabilidad por el resultado, la teoría psicológica de la culpabilidad y la teoría del libre albedrío, la psicopatía es irrelevante para determinar la capacidad de culpabilidad. Es irrelevante porque en la teoría de la responsabilidad por el resultado se es responsable del hecho cometido, simplemente por producirse el resultado. No se tiene en cuenta si existe o no psicopatía, ya que, para esta teoría, es indiferente, porque siempre se responde cuando hay un resultado.

En ese proceso evolutivo de la culpabilidad se abandona la responsabilidad por el resultado y se da entrada –para determinar la culpabilidad– a la conciencia en la realización del hecho, planteamiento que se lleva a cabo por medio de la teoría psicológica de la culpabilidad y la teoría del libre albedrío. En estas dos teorías se considera que la conciencia es un elemento relevante para determinar la capacidad de culpabilidad. Dado que la psicopatía no afecta a la conciencia, esta disfunción será irrelevante en el proceso determinativo de la culpabilidad.

Una segunda etapa en el tratamiento de la culpabilidad del delincuente psicópata la podemos ubicar desde principios del siglo XX hasta 1992. En esta segunda etapa, en que han estado vigentes los Códigos Penales españoles de 1932, 1944 y 1973 y en la que se da entrada a la voluntad como elemento determinante de la culpabilidad, se seguía considerando que la psicopatía era irrelevante para establecer la culpabilidad. Esto se debe a los siguientes motivos:

1. Porque el Art. 8.1 del Código Penal de 1944 establece que podrán ser declarados exentos de responsabilidad criminal el enajenado mental y el que sufriera trastorno mental transitorio. Dado que los psicópatas no eran enajenados mentales ni sufrían trastorno mental transitorio, no se les aplicaba la eximente completa; y
2. El TS interpretó ampliamente el término enajenado mental para permitir que personas que no eran enajenados, pero que tenían otra patología, se les pudiera atenuar la pena por medio de la atenuante analógica. Se exigía, para aplicar la atenuante, la existencia de una base morbosa o enfermedad mental que afectase gravemente a la voluntad e inteligencia.

Como el psicópata en esta etapa no es enfermo mental y la disfunción que padece se sigue considerando que no afecta ni a la voluntad ni a la inteligencia, ello daba lugar a que no se le aplicara esta atenuante. Sólo se aplicaba excepcionalmente la atenuante analógica en el caso de que la psicopatía concudiese con otra patología, alcoholismo crónico, neurosis, debilidad mental, entre otros cuadros clínicos.

La anterior situación se mantiene hasta 1992, en que por parte de la OMS se establece que la psicopatía es una enfermedad mental que puede afectar a la voluntad. A partir de este momento las sentencias penales empiezan a reconocer que las psicopatías son una enfermedad mental, y en aquellos casos en que afecta a la voluntad les aplica la atenuante analógica. En el anterior sentido hay que destacar, como un avance del reconocimiento indicado y que realiza la OMS, las sentencias de 29 de febrero y 22 de junio de 1988 que son de suma importancia en el tratamiento jurídico de las psicopatías. Estas sentencias mantenían que no se podía continuar negando a las psicopatías la condición de enfermedad mental si se tenía en cuenta la inclusión de las mismas entre los trastornos mentales y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales llevada a cabo por la OMS en 1992, lo que ha supuesto que, por parte de la doctrina jurisprudencial, se llegue a aceptar que los trastornos de la personalidad tengan la consideración de verdaderas enfermedades mentales y que no eran simples desarmonías caracterológicas, como se había venido manteniendo.

Una tercera etapa que analizaremos en el estudio de la culpabilidad del delincuente psicópata es la que se da a partir de la publicación del Código Penal de 1995, el cual en su Art. 20.1º sustituye el término “enajenado mental” para eximir de responsabilidad penal, al que hacía referencia el Art.8.1 del Código Penal derogado, por el de cualquier anomalía o alteración psíquica, término amplio que permite acoger las psicopatías, sobre todo a partir de que en 1992, como hemos comentado, se considera a estas personas enfermos mentales por la OMS.

Pero el simple hecho de ser psicópata, es decir el hecho de reunir el requisito biológico de la enfermedad, no exime de responsabilidad criminal, se necesita además que la psicopatía provoque cualquiera de los siguientes efectos psicológicos:

- A) No comprender la ilicitud del hecho.
- B) No actuar conforme a esa comprensión.

Como la psicopatía no afecta a la inteligencia, sólo puede provocar el segundo efecto psicológico: no actuar conforme a esa comprensión. Este segundo efecto, que se encuentra en estrecha relación con la voluntad, admite intensidades, y en función del grado de afectación de la voluntad puede dar lugar a la eximente completa, incompleta o atenuante analógica. Incluso cabe que la psicopatía sea irrelevante por no afectar a la voluntad, por lo que –en este caso– se puede considerar culpable al sujeto psicópata.

En la práctica no se aplica la eximente completa. Es más, podemos decir que no existe en la jurisprudencia de nuestro TS ni una sola sentencia que haya aplicado la eximente completa a casos de psicopatías puras. Si bien no se aplica la eximente completa, la STS de 18 de julio de 1990 reconoce que, formalmente y en hipótesis, podría aplicarse.

PERSPECTIVA DEL TRATAMIENTO PENITENCIARIO.

A la vista del tratamiento de la culpabilidad del delincuente psicópata, es conveniente analizar el tratamiento penitenciario que se le dispensa, en orden a su reeducación y resocialización. Los tratamientos que se le pueden dispensar son médicos, psicológicos, sociológicos, pedagógicos. Estos tratamientos se canalizan por medio de la pena privativa de libertad y las medidas de seguridad. En torno a los tratamientos, la clase médica es pesimista ya que en este ámbito no hay

actualmente un tratamiento realmente efectivo que cure la psicopatía. Este pesimismo es compartido por nuestro TS que señala en diversas sentencias que se nace siendo psicópata, se crece siendo psicópata y se muere siendo psicópata.

No obstante, ese pesimismo existente en orden a que la psicopatía no tiene cura, consideramos que en el ámbito del tratamiento penitenciario no debería ser relevante, ya que en este ámbito lo que se persigue, cuando se aplica el tratamiento penitenciario, no es conseguir la curación de la psicopatía, sino que el sujeto no vuelva a delinquir.

Se da la circunstancia de que el tratamiento penitenciario que se canaliza a través de la pena privativa de libertad fracasa en el caso particular de los psicópatas por los siguientes motivos:

Primero.- Por la masificación de los establecimientos penitenciarios. En muchas prisiones se duplica su capacidad. La masificación impide que se pueda aplicar a una personalidad psicopática un tratamiento individualizado y específico para la patología que padece, al que tiene derecho de acuerdo con el Art. 4 del Reglamento General Penitenciario (RGP).

En la práctica, el tratamiento que la pena privativa de libertad ofrece al delincuente psicópata son programas dirigidos a la población reclusa en general, consistente en programas educativos, culturales y físicos entre otros. Estos programas, más que un tratamiento, equivalen a los llamados modelos de intervención, previstos en el Art. 20 del RGP, y que se aplican a los detenidos y presos preventivos, y no persiguen su resocialización, sino cubrir las carencias que estos presos presentan en el momento de su ingreso.

Segundo.- Fracasa el tratamiento penitenciario, porque estos modelos de intervención, al no ser un tratamiento específico para el psicópata, éste los rechazará por la propia disfunción que padece. El hecho de presentar una baja actividad cortical lleva al psicópata a rechazar los trabajos rutinarios, y como los modelos de intervención al fin y al cabo son trabajos rutinarios.

Consecuencias que tiene el hecho de que el psicópata rechace el tratamiento penitenciario: Tiene dos consecuencias:

- 1ª.- Que no se le puede obligar a realizar los programas del modelo de intervención ya que son voluntarios. Si se somete voluntariamente, será de forma ficticia, para obtener beneficios penitenciarios y obtener una rápida puesta en libertad; y
- 2ª.- Una segunda consecuencia de no aceptar el tratamiento es que, cuando el psicópata cumpla la condena y se encuentre en la calle, resulta que se habrá puesto en libertad a una persona que durante todo el tiempo que ha durado su condena ha estado sin tratamiento penitenciario.

Esta circunstancia es grave sobre todo en las penas privativas de libertad de larga duración. Por tanto, si el reo psicópata no ha tenido tratamiento penitenciario durante el cumplimiento de su condena, no habrá podido evitar por medio de este el síndrome de prisionización que fue descubierto por Clemmer en 1940. Según este investigador, la cárcel le ocasiona a una persona presa, entre otros síntomas, los siguientes: pérdida de la autoestima, devaluación de la propia imagen, aumento del nivel de ansiedad, aparición de nuevos trastornos de personalidad (trastorno adaptativo o por dependencia), resentimiento contra la sociedad, considera que la sociedad es la

culpable de sus problemas. Si a las anteriores circunstancias le añadimos el ambiente de violencia de las cárceles y la restricción de los permisos de salida que se aplica a los psicópatas, obtenemos como resultado que, en su día se pondrá en libertad a un auténtico motor de explosión, con una serie de carencias y un estado de tensión acumulado durante todo el tiempo de cumplimiento de condena al que tendrá que dar salida, y lo hará de la mejor manera que sabe hacer, que es delinquiendo, si cabe con mas virulencia

CONCLUSIÓN.

Ya indicábamos antes –cuando hacíamos referencia al tratamiento aplicable a los psicópatas en el ámbito penitenciario, y en concreto a través de la pena privativa de libertad– que los tratamientos más relevantes que se dispensaba a estas personalidades estaban en el ámbito médico, pedagógico, psicológico-psiquiátrico y sociológico. Estos tratamientos, manifestábamos, son válidos y desarrollables, no sólo en el ámbito de la pena de privación de libertad, sino también en el entorno de las medidas de seguridad. Los resultados obtenidos a nivel general con la aplicación de estos tratamientos son dispares, ya que autores como Gradillas ponen de manifiesto un pesimismo al considerar que todos los tratamientos biológicos, psiquiátricos y psicológicos son ineficaces. Otros autores, como Sancha Mata y refiriéndose a los tratamientos dirigidos a modificar la conducta, considera que son eficaces ya que, por medio del empleo de estas técnicas, se ha podido comprobar la eliminación de conductas antisociales en las prisiones.

Nosotros consideramos que, en función del entorno en que se aplique el tratamiento penitenciario; es decir, si el tratamiento se aplica al psicópata en régimen de privación de libertad y sin ningún tipo de individualización, el tratamiento estará abocado al más rotundo de los fracasos. Por el contrario, si las terapias se aplican en establecimientos destinados a aplicar medidas de seguridad, preparados estructuralmente al efecto, con personal altamente cualificado y con presupuesto adecuado para tal fin, forzosamente se tendrán que obtener resultados positivos, al menos en el sentido que apunta Sancha Mata de eliminar conductas antisociales, que, al fin y al cabo, son las que dan lugar a la comisión de hechos delictivos.

Es por ello por lo que, desde estas líneas, y con las limitaciones lógicas de espacio para exponer de forma más detallada nuestro planteamiento, consideramos que la mejor manera de canalizar el tratamiento penitenciario, en orden a intentar conseguir la resocialización y reeducación del delincuente psicópata, es a través de la medida de seguridad. La medida de seguridad, por sus especiales características, evita todos los problemas de la masificación que antes hemos comentado y que provocan que la pena privativa de libertad fracase como medio para instaurar el tratamiento rehabilitador del preso psicópata. La medida de seguridad, como cauce para canalizar el tratamiento penitenciario, si bien no curará la psicopatía como enfermedad base, sí producirá como efecto la desaparición de la antisocialidad de estas personalidades. Lo que quede sin erradicar de los síntomas de la patología que afecta a estas personalidades nos tocará a los ciudadanos sufrirlo, pero ya no desde el nivel de la criminalidad.

Ahora bien, los principales inconvenientes con los que nos podemos encontrar en orden a la instauración de la medida de seguridad como medio para canalizar el tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas, son dos. De un lado, la falta de presupuesto. Se precisa mucho dinero para generar tratamientos específicos e individualizados, y aplicarlos a los psicópatas a través de las medidas de seguridad. De otro lado, la actual concepción del instituto de la

Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada

Reserva de Derechos: 04-2011-040811150700-102

ISSN 2007-2023

Director: Wael Sarwat Hikal Carreón

culpabilidad en relación con estas personalidades, a las cuales de momento, por razones de política criminal, no se les aplica la eximente completa del Art. 20.1 CP, aunque existe base formal para ello, optándose alternativamente por la eximente incompleta, aplicada en pocos casos, o por la atenuante analógica, que, en principio, no daría lugar a la aplicación de medida de seguridad, y que nos reconduciría a la actual situación de intervenir sobre la patología de referencia desde la pena privativa de libertad.