



Universidad  
de Alcalá

**LA PSICOPATÍA.  
RESPONSABILIDAD PENAL  
Y PENITENCIARIA  
PSYCHOPATHY.  
CRIMINAL AND PENITENTIARY  
RESPONSABILITY**

**Máster Universitario en  
Acceso a la Profesión de Abogado**

**Autor/a: D<sup>a</sup> EVA GARCÍA AUÑÓN**

**Tutor/a: Dr. D. ENRIQUE SANZ DELGADO**

Alcalá de Henares, a 6 de febrero de 2018

*“Law, says the judge as he looks down his nose,  
Speaking clearly and most severely,  
Law is as I’ve told you before,  
Law is as you know I suppose,  
Law is but let me explain it once more,  
Lay is The Law.”*

W.H. Auden. Extracto de Law is like Love

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. LA PSICOPATÍA: CONCEPTO.....	8
3. EL COMPORTAMIENTO PSICÓPATA.....	11
3.1. Evolución doctrinal respecto del comportamiento psicópata: trabajos científicos y divulgativos.....	11
4. CARACTERÍSTICAS DEL PSICÓPATA DENTRO Y FUERA DE PRISIÓN .....	14
5. PATOLOGÍAS MENTALES EN PRISIÓN. ....	19
5.1. El bienestar psicológico en prisión .....	19
5.2. Psicopatía y enfermedad mental .....	22
6. EL DIAGNÓSTICO DE LA PSICOPATÍA .....	25
6.1. Psicopatía y TAP.....	26
6.2. La Escala de Valoración de la Psicopatía o PCL-R (Psychopathy Check List Revised).....	27
7. LA PSICOPATÍA COMO CIRCUNSTANCIA MODIFICATIVA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL.....	30
7.1. El concepto de imputabilidad.....	30
7.2. La problemática respecto a los delincuentes psicópatas. ....	31
7.3. La evolución de la Psicopatía en la Jurisprudencia del Tribunal Supremo ...	33
8. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD APLICABLES A LOS DELINCUENTES PSICÓPATAS.....	38
8.1. Antecedentes históricos.....	38
8.2. Peligrosidad: notas explicativas importantes .....	39
8.3. Concepto legal y formas de ejecución de las medidas de seguridad .....	40
8.3.1 Clasificación de las medidas de seguridad .....	41
8.3.2 Requisitos para la aplicación.....	45

9. EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO DEL DELINCUENTE PSICÓPATA.....	47
9.1. Curso normativo del tratamiento penitenciario. ....	49
9.2. Evolución histórica del tratamiento en psicópatas .....	50
9.2.1. El tratamiento penitenciario hasta 2002 .....	51
9.2.2. El tratamiento penitenciario a partir de 2002 .....	53
9.2.3. Breve referencia al Tratamiento penitenciario específico para los delincuentes sexuales psicópatas.....	54
10. CONCLUSIONES.....	57
11. BIBLIOGRAFÍA.....	61
11.1 Obras y ensayos .....	61
11.2 Obras y ensayos electrónicos.....	61
11.3 Legislación.....	64
11.4 Jurisprudencia.....	64

**RESUMEN:**

Con el presente trabajo se pretende acercar al lector al concepto de psicopatía, especialmente a la figura del delincuente psicópata.

A través de sus páginas se estudia la situación en España desde un punto de vista científico, doctrinal y especialmente jurisprudencial, analizando la evolución del concepto de psicopatía en las diferentes y dispares resoluciones del Tribunal Supremo a lo largo de los últimos años. Especial importancia tendrá en este sentido el tratamiento de la imputabilidad en este tipo de sujetos por nuestro más alto Tribunal.

Por otro lado, se hará especial énfasis en todo aquello que respecta al tratamiento de la psicopatía, a la plasmación de los estudios existentes hasta la fecha en el ámbito penitenciario y a la evolución histórica que ha sufrido tanto el tratamiento en prisión como las diferentes formas de diagnóstico.

Se pretende de esta forma analizar si, efectivamente, estamos dando la importancia que un problema social de esta índole se merece o, por el contrario, se sigue considerando al psicópata como algo raro propio de la industria del entretenimiento.

**PALABRAS CLAVE:**

Delito; Derecho; Enfermedad mental; Imputabilidad; Psicopatía; Jurisprudencia; Tratamiento penitenciario.

**ABSTRACT:**

The intention of this work is to bring the reader to the concept of psychopathy, especially to the figure of the psychopathic criminal.

Its pages examine the situation in Spain from a scientific, doctrinal and jurisprudential point of view, analyzing the evolution of the concept of psychopathy in the disparate decisions of the Supreme Court in recent years.

On the other hand, special attention will be paid to everything that concerns the treatment of psychopathy, the practice of the studies that have been carried out to date in the prison environment and the historical evolution that has taken place both in prison treatment and the different forms of diagnosis.

The intention is to examine whether, in fact, we are giving the importance that a social problem of this nature deserves or, on the contrary, the psychopath is still considered as something strange in the entertainment industry.

**KEYWORDS:**

Crime; Law; Mental illness; Imputability; Psychopathy; Jurisprudence; Pirison treatment.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El motivo por el que se elige al delincuente psicópata y a su tratamiento penitenciario como objeto del presente trabajo, no es otro que atender a dichos delincuentes desde un punto de vista jurídico; sujetos que, en la mayoría de las ocasiones, se nos presentan por los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) como un mero arquetipo o subgénero del cine o la literatura. A este respecto, y a pesar de ofrecerse como una cuestión de relevancia en el ámbito del derecho (tanto desde un punto de vista penal como penitenciario), hemos de añadir la confusa posición adoptada tanto por la Jurisprudencia española como por la Doctrina, debido en parte a la no familiaridad de los juristas ni con el argot psicológico-psiquiátrico, ni con los avances científicos e investigaciones que, hasta la fecha, se han desarrollado al respecto en distintas disciplinas. Centrándonos en la legislación española, se analizará el tratamiento jurisprudencial, penológico y penitenciario que ha venido recibiendo el delincuente psicópata durante las últimas décadas.

Por ambas razones, a lo largo de las siguientes páginas se intentará exponer la realidad tangible que constituye el psicópata y sus caracteres señalados tanto en la sociedad como en el sistema penitenciario

Como veremos, la psicopatía puede presentarse de diferentes formas. Evidentemente, nos centraremos especialmente en el psicópata desde un punto de vista jurídico-penal, esto es, en aquel sujeto con esa especialidad mental que se encuentra en prisión por la comisión de algún delito.

Sirva como dato introductorio decir que la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante) estima que aproximadamente entre el 1% y el 2% de la población mundial es psicópata. Estas cifras, se traducen en lo que respecta a España en aproximadamente un millón de personas que padecen una variedad de psicopatía. No obstante, es necesario tener en cuenta que el crimen y la violencia delictiva no es una condición necesaria de este trastorno. Hay otra clase de psicópatas, los denominados marginales, que a pesar de ser delincuentes potenciales no han cometido ningún delito; pueden llegar incluso a exhibir su psicopatía si la sociedad les reconoce genio o autoridad artística, de esta forma pasan a ser musas del espectáculo o la industria de la cultura (Andy Waehol; Picasso). De la misma forma, hay psicópatas igualmente integrados que de un momento a otro dejan de serlo: Tony King (presunto asesino de Rocío Waninkhof y Sonia Carabantes) o Alfredo Galán, el asesino de la baraja.

Todo esto quiere decir que, a pesar de lo que pueda pensarse, no todo psicópata es un asesino, un violador o un atracador violento; o, al menos, no lo es necesariamente desde el principio.

¿Es el psicópata un enfermo mental? ¿Existe un tratamiento que garantice su reinserción en la sociedad? ¿Cómo afectan todos estos aspectos a la imputabilidad o inimputabilidad de los mismos? ¿Cuál es el futuro de la psicopatía? Todas estas cuestiones, entre otras, serán abordadas y pretenden responderse a lo largo de las siguientes páginas.



## 2. LA PSICOPATÍA: CONCEPTO

El concepto de psicopatía hace referencia a un síndrome clínico, es decir, a un conjunto de signos y síntomas psicopatológicos relacionados<sup>1</sup>. La personalidad psicopática tiene alta probabilidad de vulnerar la normativa social y, por tanto, de entrar en colisión con el Sistema de Justicia, de ahí su interés criminológico y forense.

Durante las últimas décadas, la terminología empleada para referirse a lo que hoy en día se conoce como psicopatía ha sido muy variada; destaca este último concepto por su elevada frecuencia, pero también existen otros como sociopatía, personalidad disocial o trastorno antisocial de la personalidad. No obstante, y a pesar de algunos intentos, no existe un consenso amplio sobre los criterios de clasificación para definirlo. Por ello, tanto la etiología como la dinámica y los límites conceptuales de este trastorno siguen siendo objeto de debate e investigación<sup>2</sup>.

A lo largo de más de dos siglos de historia del término, la psicopatía se ha venido denominando de numerosas maneras. El origen de su estudio científico se remonta a los comienzos del siglo XIX. Conocida en aquellos tiempos como la folié raisonnante (locura razonable), el médico- psiquiatra francés Philippe Pinel publicó en 1801 un Tratado Médico-Filosófico sobre la Alienation Mentale que dejaría huella en los coetáneos y en los posteriores estudios de las enfermedades mentales. Pinel describió este trastorno por primera vez de un modo extraordinariamente certero<sup>3</sup>: *“No fue sorpresa encontrar en muchos maníacos que en ningún momento dieron evidencia alguna de tener una lesión en su capacidad de comprensión, pero que estaban bajo el dominio de una furia instintiva y abstracta, como si fueran sólo las facultades del afecto las que hubieran sido dañadas”*.

Su diagnóstico fue exacto, al determinar que no había lesión en su capacidad para comprender, sino en sus emociones sociales, de las que parecían carecer. Por ello acuñó la expresión “locura sin delirio” (manie sans délire) para referirse a los psicópatas: eran locos o maníacos, pero no deliraban, es decir, no mostraban los delirios y alucinaciones tradicionales de los locos convencionales<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup>HARE, Robert, *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*, Paidós, Barcelona, 2003, p. 31.

<sup>2</sup>TORRUBIA, Rafael; CUQUERELLA, Ángel, “Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense”, *Revista Española de Medicina Legal*, nº 34 (2008), pp. 25-35.

<sup>3</sup>GARRIDO, Vicente, *Cara a cara con el psicópata*, Ariel, 2004, p. 7.

<sup>4</sup>Ibidem, p. 9.

A partir de Pinel surgió por tanto la creencia de que se podía estar loco (manie) sin que existiese necesariamente una confusión de la mente (sans délire). Así pues, parece claro que, su ya clásico concepto de manía sin delirio fue una auténtica revolución conceptual adelantada a sus tiempos y que sentó parte de las bases teóricas de lo que actualmente entendemos por “psicópata”<sup>5</sup>.

Años después, en 1835, el psiquiatra inglés J.C Pritchard profundizó en esta visión: *“Hay una forma de perturbación mental en la que no parece que exista lesión alguna o al menos significativa en el funcionamiento intelectual, y cuya patología se manifiesta principal o exclusivamente en el ámbito de los sentimientos, temperamento o hábitos. En casos de esta naturaleza los principios morales o activos de la mente están extrañamente pervertidos o depravados: el poder del autogobierno se halla perdido o muy deteriorado, y el individuo es incapaz, no de hablar o de razonar de cualquier cosa que se le proponga, sino de conducirse con decencia y propiedad en los diferentes asuntos de la vida”*<sup>6</sup>.

Tanto Pinel como Prichard luchaban contra la idea, imperante en aquellos tiempos, del filósofo Jhon Locke, quien decía que no podía haber manía (furor, psicosis) sin delirio. Por ello, los jueces no declaraban insano a ninguna persona que no tuviera compromiso intelectual manifiesto. Es evidente que ni Prichard, ni Pinel, ni Benjamin Rush<sup>7</sup> hablaban exactamente de lo que hoy en día se considera una personalidad psicopática<sup>8</sup>. Los doscientos años transcurridos desde entonces y las numerosas aportaciones de grandes autores en las que por razones de espacio no podemos profundizar (Koch, Kraepelin, Bleuler, Cleckley...) han permitido matizar y profundizar en el conocimiento de los psicópatas.

Mención aparte ha de tener Robert D. Hare, pues sus aportaciones, especialmente en los últimos años, son consideradas las más destacadas en el estudio de las psicopatías. Para Hare, la psicopatía se define por un conjunto de síntomas relacionados que se dividen en dos grupos: síntomas emocionales y síntomas de desviación social<sup>9</sup>. Sobre este aspecto nos detendremos más adelante.

Como podemos observar, la psicopatía viene siendo a lo largo de todos estos años un tema central de debate y contradicción tanto en la Psiquiatría como en la Psicología

---

<sup>5</sup> POZUECO, José Manuel; ROMERO, Samuel; CASAS, Nieves, “Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico- forense, psiquiátrico- legal y criminológico (Parte I)”, *Cuadernos de Medicina Forense*, nº17 (2011), p. 125

<sup>6</sup> JAMES, Prichard, *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*, Londres, UK: Sherwood, Gilpert & Piper; 1835, p.452.

<sup>7</sup> Psiquiatra alemán que propuso en 1812 el término de inferioridad psicopática.

<sup>8</sup> POZUECO, José Manuel; ROMERO, Samuel; CASAS, Nieves, op. cit., p.126.

<sup>9</sup> SÁNCHEZ, Francisco José, “Fisionomía de la psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal”, *Revista de derecho penal y criminología*, nº2 (2009), p.97.

Forense. Su constante evolución y las numerosas definiciones de las que ha sido objeto han llegado al punto de considerar este término como un auténtico “cajón de sastre”<sup>10</sup>. De esta situación, que ha dado lugar a una multitud de definiciones y de tipos de psicópatas, se ha hecho eco la doctrina jurisprudencial de nuestro Tribunal Supremo al afirmar que: *“La psicopatía, como es bien sabido, consiste en cualquier desviación de la normalidad psíquica, y psicópata, es por tanto, el que por temperamento y carácter no puede adaptarse a la vida social; así, los supuestos de exceso de excitabilidad, de extravagancias, excentricidades, etc. Pocos conceptos abarcan una pluralidad tan extensa de situaciones referidas a personalidades anormales que tienen afectadas las funciones profundas y que mantiene, en líneas generales, la inteligencia, a pesar de la permanencia del trastorno. Es, por consiguiente, obligado examinar cada supuesto en concreto de manera muy individualizada para comprobar el grado de afectación de la libertad del psicópata frente a sí mismo. Es por ello por lo que las generalizaciones han de hacerse en este campo con muy especial prudencia (...)”*<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> GARCÍA, José Antonio, *Psiquiatría criminal y forense*, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1996, p.150.

<sup>11</sup> Sentencia de 10 julio 1991. RJ\1991\5717.

### 3. EL COMPORTAMIENTO PSICÓPATA

En las siguientes líneas se analizará la evolución a lo largo de los últimos 70 años del concepto de psicópata, especialmente en la esfera de la prisión. Además, se hará referencia al progreso de las diferentes formas de tratamiento propuestas a lo largo de este periodo de tiempo por los expertos en la materia.

Para ello, haremos referencia a una serie de artículos y trabajos científicos que abordan la materia del comportamiento psicópata y de su inclusión en el ámbito tratamental penitenciario desde mediados del S.XX, procedentes de publicaciones periódicas de referencia como la Revista de Estudios Penitenciarios.

#### 3.1. Evolución doctrinal respecto del comportamiento psicópata: trabajos científicos y divulgativos.

Ya en 1946 se hablaba de infantilismo psicológico<sup>12</sup> en el recluso psicópata. Si bien se afirmaba que las anomalías de este tipo de presos radicaban en la esfera psíquica, su conducta inadaptada en prisión se relacionaba con una personalidad desequilibrada frente a estímulos internos y externos así como a la acumulación de taras ancestrales.

El funcionario de prisiones debe tener en cuenta, decía el Dr. Martínez<sup>13</sup>, que la conducta inadaptada del psicópata se halla motivada por complejos de inferioridad. Es indisciplinado por antonomasia. Por esta razón, la “higienización del ambiente carcelario”, debía descansar en el conocimiento de los factores psíquicos que integran la conducta del psicópata por parte del funcionario de prisiones.

Entre las características de la personalidad del psicópata se destacaba una desarmonía entre los elementos integradores del carácter; intolerancia psico-física; desproporción entre estímulo y reacción e inadaptabilidad a la vida en prisión. Es menester detenerse sobre este último aspecto, pues se afirmaba que el psicópata exhibía una conducta indisciplinada perpetua, manifestación global de su personalidad, en aquello que respecta a sus relaciones con el medio penitenciario. En palabras del Dr. Martínez: *“A las reacciones de inadaptabilidad motivada han de sumarse las dependientes de insignificantes estímulos externos, siendo suficientes cambios atmosféricos, de luminosidad... para que se exalten los rasgos psicopáticos de la conducta individual.*

---

<sup>12</sup> El "infantilismo psíquico" consiste, según Hirschfeld, en la conservación del "modo de ser mental" de un niño. Se notaría "cierta parentela con grados ligeros de debilidad mental".

<sup>13</sup> MARTINEZ, Eduardo, “Conducta, psicopatía y disciplina”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, nº16 (julio de 1946), p.3.

*Generalmente, cuando el psicópata no puede defenderse de otra manera ante los conflictos en el régimen de la prisión, se refugia en la simulación para procurarse el ingreso en la enfermería”.*

Los reclusos, que eran tachados por regla general de amorales, pendencieros e indisciplinados, debían encontrar en el funcionario de prisiones una disciplina férrea fundamentada en los preceptos de higiene mental.

Combarros, A., el que fue director de la clínica militar de psiquiatría de Palencia, describe la conducta del psicópata en prisión y su tratamiento en un artículo de 1948<sup>14</sup> de la siguiente manera: *“en algunas ocasiones son intelectualmente mal dotados, las más, son hábiles y su debilidad mental queda cubierta por su habilidad y buena disposición para todo; zalameros, serviles...”*.

Aconseja al vigilante de estos reclusos una plena desconfianza hacia los mismos. La buena voluntad, el servilismo o la adulación son, a su parecer, las armas predilectas de estos individuos.

Es importante hacer referencia al punto de vista que tiene el autor en lo que se refiere a la reeducación y readaptación social de los internos y que refleja, en parte, el pensamiento de la época: *“Poco se puede conseguir con ellos. Realmente se trata de enfermos muy particulares que no encajan en tratamientos definitivos y a los que la prisión no les corresponde en sentido doctrinario como tal”*.

Tal y como puede observarse, ya por aquel entonces surgía el problema en relación con la idoneidad de la prisión como lugar adecuado para los psicópatas. El reflejo de dicha cuestión lo podemos encontrar en el artículo que en 1948 escribe Alberto Combarros<sup>15</sup>. A lo largo del texto, el autor se plantea la pregunta de si, efectivamente, es el psicópata un enfermo mental. Si lo es, la prisión no es el lugar para él y ha de ser internado en un frenocomio. Combarros concluye respondiendo a su pregunta de una forma negativa: *“el psicópata en sentido riguroso no es un enfermo mental; a lo sumo un contrabeche moral que debe asumir toda la responsabilidad de sus actos (...) No consideramos al psicópata un delincuente nato sino más bien un producto educacional en el que el genotipo, en eventual coincidencia con el fenotipo, modelan este contrabeche moral”*. Si no es un enfermo mental, el frenocomio no es el lugar adecuado para un psicópata, ¿qué hacer con ellos entonces?

El autor descarta los hospitales de la época como lugar para estos individuos puesto que, declara, el tratamiento no es el adecuado ni las medidas de seguridad suficientes.

---

<sup>14</sup> COMBARROS, Alberto, “El problema social de los psicópatas”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, n.º 35 (febrero de 1948), p.23.

<sup>15</sup> COMBARROS, Alberto, “Los psicópatas, problema social”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, n.º 38, (mayo de 1948), p.32.

Prescinde también de las prisiones como lugar para el psicópata debido a la falta de medios ortopédicos para su reeducación. La solución que expone el autor es la creación de una prisión- correccional para todas aquellas personas diagnosticadas como psicópatas en los que la condena durará tanto como la reeducación y readaptación social tardara en lograrse.

Es importante tener en cuenta la importancia de la aparición del concepto de reeducación y readaptación que se contempla en el escrito al que se hace mención. Dicho concepto, que aparecerá reflejado 30 años después en el art. 25.2 de la Constitución española (CE)<sup>16</sup>, plasma los inicios de la finalidad resocializadora de la pena privativa de libertad que persigue el sistema penitenciario español. En 1979, surgiría la Ley Penitenciaria que señalaría igualmente en su art. 1º los fines de reeducación y reinserción de la pena<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> *Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados (...).*

<sup>17</sup> *Las Instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.*

#### 4. CARACTERÍSTICAS DEL PSICÓPATA DENTRO Y FUERA DE PRISIÓN

Lo primero que es necesario tener en cuenta a la hora de hablar del psicópata es que este no tiene por qué ser siempre un criminal. Si bien es cierto que los psicópatas presentan, en esencia y por sus rasgos definatorios, una mayor propensión que las demás personas a la realización de actos antisociales<sup>18</sup>, la mayoría de psicópatas son personas integradas en la vida en sociedad que tienden a manipular y que no pueden relacionarse de un modo pleno con la gente pues, como se ha dicho ya anteriormente, han de aprender a moverse sin entender los sentimientos.

Dicho lo anterior, y dejando a un lado al psicópata integrado, en el epígrafe en el que nos encontramos se tratará de analizar los rasgos más característicos del delincuente psicópata: el psicópata criminal, pues es este y no otro el objeto del presente trabajo.

Según Garrido<sup>19</sup>, hay dos cualidades muy particulares que hacen del psicópata alguien realmente notable. La primera característica es el ocultamiento y la simulación: la capacidad de fingir lo que no se es, de aparentar propósitos y emociones que no se poseen. Una vez el psicópata alcanza una posición de poder e influencia, alienta su segunda cualidad esencial, obtener el dominio y control de su ambiente.

Por su parte, según Suárez Montes<sup>20</sup>, los tres rasgos que mejor caracterizan la personalidad del delincuente psicópata son: *“la asocialidad, la falta de fijación afectiva y una actitud de satisfacción de necesidades egoístas incapaces de controlar”*.

Mientras que la mayoría de los pacientes psiquiátricos graves sufren de un serio deterioro de las funciones mentales, los psicópatas demuestran que puede existir una perturbación de funciones específicas como la voluntad o la emoción, sin que resulte dañada la capacidad de razonar. Las expresiones “locura sin delirio”, “monomanía”, “locura moral” y “locura lúcida” fueron empleadas a lo largo de los dos siglos pasados para descubrir tal condición<sup>21</sup>. El psicópata está capacitado para conocer y adoptar una actitud respecto de las normas sociales de uso. De lo que carece el delincuente psicópata es de la capacidad para asumir el orden social establecido: el psicópata puede, por lo general, expresar verbalmente

---

<sup>18</sup> POZUECO, José Manuel; ROMERO, Samuel; CASAS, Nieves, op. cit., p.176.

<sup>19</sup> GARRIDO, Vicente, *Cara a cara...*, op. cit., p.13.

<sup>20</sup> SUÁREZ, Rodrigo, “Psicopatía y responsabilidad”, en *Los delincuentes mentalmente anormales*, XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, Universidad de Madrid, 1962, p. 644.

<sup>21</sup> GARRIDO, Vicente, *Cara a cara...*, op. cit., p.19.

todas las normas sociales y morales, pero no será nunca capaz de comprenderlas y de obedecerlas de la misma manera en que lo hacen las demás personas.

A todo lo anterior hemos de sumar otra de las características de muchos psicópatas: el comportamiento agresivo y violento. Es importante tener en cuenta a este respecto que es la violencia psicológico- emocional el principal recurso que emplean estos individuos con sus víctimas. Son expertos manipuladores, cosifican a las personas utilizándolas como meros objetos para conseguir sus propósitos. Es necesario reparar que, en contra de lo que se pueda pensar, los psicópatas emplean la violencia como medio para manipular y controlar a los demás. Si bien pueden emplear, como cualquier otra persona sea delincuente o no, la violencia para conseguir sus objetivos, dicha violencia deslucida podría decirse que es más de tipo instrumental o planificada que de tipo impulsiva o emocional<sup>22</sup>.

La persona psicópata vive dentro de una personalidad normal. Se caracteriza, no obstante, por realizar continuamente actos asociales, impulsivos y por mostrar reacciones emocionales superficiales. Transgreden las normas sin ningún tipo de remordimiento; se dice, de hecho, que no tienen conciencia<sup>23</sup>. El psicópata ve la diferencia entre lo que está bien y lo que está mal, pero no se siente incumbido por ello, está por encima de las exigencias de respeto y trato humano que se nos imponen por el mero hecho de nacer personas y crecer en sociedad. Garrido tacha de “estupidez moral” a esta falta de conciencia: *“las emociones que nos sirven a todos para sentirnos miembros de la misma especie o género humano, como el cariño, la piedad o el amor, no se desarrollan o lo hacen de modo deficiente (en el psicópata). El resultado de esto es que el sujeto, a la hora de reflexionar o tomar una decisión, no cuenta con la información emocional que toda persona posee cuando ha de utilizar su razonamiento”*<sup>24</sup>.

Dicho todo lo anterior y para que sirva como resumen de lo previamente explicado podríamos sintetizar las características del psicópata en dos grandes grupos: síntomas emocionales y/o interpersonales y síntomas de desviación social<sup>25</sup>:

1. Mente simple y superficial.
2. Personalidad egocéntrica y presuntuosa.
3. Falta de remordimientos o culpa.
4. Falta de empatía.

---

<sup>22</sup> POZUECO, José Manuel; ROMERO, Samuel; CASAS, Nieves, op. cit., p.177.

<sup>23</sup> GÓMEZ, Mariano, *Trastornos psiquiátricos y derecho (Responsabilidad penal, internamientos, incapacitación, etc.)*, Atelier, Barcelona, 2008, p.33.

<sup>24</sup> GARRIDO, Vicente, *Cara a cara...*, op. cit., p.19

<sup>25</sup> HARE, Robert, *Sin conciencia. El inquietante mundo...*, op. cit., p. 57.



5. Persona manipuladora y mentirosa.
6. Portador de emociones superficiales y banales.

Por otro lado, los síntomas de desviación social se resumirían en:

- a. Impulsividad.
- b. Poco control de su conducta.
- c. Necesidad de excitación.
- d. Falta de responsabilidad.
- e. Problemas de conductas en la infancia.
- f. Conducta antisocial del adulto.

Para terminar, podemos concluir afirmando que los psicópatas son personas que funcionan sin las restricciones que, a todo ser humano nos impone la conciencia, consiguen su propia auto gratificación a expensas de otras personas, violan constantemente las normas sociales porque para ellos no existen tales normas sino las suyas propias, son insensibles, no sienten ni remordimientos ni culpa por las consecuencias tan desastrosas que sus actos producen, tienen una profunda incapacidad para preocuparse por el dolor y sufrimiento ajeno y para entablar relaciones emocionales con los demás. En definitiva, el psicópata no puede acceder al mundo de los actos morales, de lo justo e injusto, sencillamente porque no tiene el bagaje cognitivo y emocional para hacerlo<sup>26</sup>. En palabras de Garrido: *“el psicópata está loco en el sentido de que no actúa como lo hace todo ser humano, sometido a unas normas y principios que se adquieren en el seno de la sociedad, a través de los años de aprendizaje en la familia, la escuela y en compañía de otros niños y adultos, sino que desafía toda ética y se arroga el derecho de inculcar toda ley, porque él está por encima de cualquier cosa que le coarte o le imponga obligaciones”*<sup>27</sup>.

Otro aspecto a destacar en relación con las características del psicópata es su comportamiento en prisión.

De todos los estudios que se han realizado con psicópatas, la gran mayoría son con delincuentes encarcelados. Entre estos estudios es menester destacar en este punto aquellos orientados a comprobar la habilidad de los psicópatas para fingir que son enfermos mentales en el sentido tradicional, es decir, psicóticos, como esquizofrénicos u otros cuadros que revelan gran desajustes en la comprensión y percepción de la realidad. Hasta la fecha, se observa que el psicópata apunta a una mayor habilidad para *“hacerse pasar por loco”*, pero no parece fácil que logre engañar a los forenses que lo evalúan acerca de este punto. Ahora bien,

---

<sup>26</sup> SÁNCHEZ, Francisco José, op. cit., p. 117

<sup>27</sup> GARRIDO, Vicente, *Cara a cara...*, op. cit., p.18.

los resultados sobre el potencial general para el engaño son más inquietantes. Es cierto que la mayoría de los delincuentes suelen mentir acerca de muchas cosas con objeto de lograr privilegios y evitar sanciones, pero un reciente estudio que comparó a 115 delincuentes psicópatas con 137 delincuentes no psicópatas encontró que los psicópatas tenían una probabilidad tres veces mayor de emplear los siguientes tres tipos de engaños: dar de sí una imagen no plausible, empleando expresiones o emociones que no se corresponderían con la conducta habitual del sujeto; negar la responsabilidad en el delito, y por último destacaban en conductas de manipulación para lograr sus metas a costa de mentir y predisponer a otras personas<sup>28</sup>.

Dicho todo lo anterior, se ha afirmado en muchas ocasiones que los presos psicópatas mantienen una conducta penitenciaria excelente. Esta afirmación depende mucho del enfoque que se adopte, pues no es lo mismo hablar del delincuente psicópata con una excelente educación que de aquel otro con una conducta antisocial que lleva delinquiendo desde que es adolescente. No obstante, resulta interesante traer a colación un pequeño fragmento de las conclusiones del psicólogo forense del Centro de menores El Pinar. Dichas conclusiones, extensibles como se verá al delincuente psicópata en general, pretenden ilustrar al lector sobre la gran capacidad de engaño y manipulación que rodea al delincuente psicópata. En este caso, se trata de un menor diagnosticado de psicopatía y condenado a la medida de tres años de internamiento en centro cerrado de reforma de menores por tres violaciones consumadas: *“Su presencia física es correcta, su tono de voz muy agradable, su mímica y comunicación gestual acorde con sus palabras. Todo ha sido idílico, medido. Se aprecia una falta de naturalidad total. A la pregunta de si cualquier ciudadano supiera su situación, ¿por qué optaría?, contesta: “sin conocerme, un 90% me enviaría a prisión (reingreso). Si me conocieran, un 90% me dejaría en libertad”.*

*No obstante, hay algunas incoherencias preocupantes, por ejemplo, valora a sus padres como un entorno positivo y a su familia como un apoyo, sin embargo abandonó los estudios con 14 años, pasaba las noches enteras en la calle ingiriendo anfetaminas y L.S.D. Además, su hermano mayor, heroinómano, estaba en la calle por múltiples conductas delictivas. Cuando se le formula si ha pensado en pedir perdón a las víctimas es la primera vez que tarda en contestar, se toma su tiempo y responde “ Ni el perdón serviría. Creo que recordararlo sería lesivo para ellas. Me gustaría que supieran que estoy arrepentido”.*

*Muchas de sus respuestas son fruto de un aprendizaje conseguido en los tres años en que ha asistido a tratamiento psicológico (2 en Alcalá Meco jóvenes + 1 en El Pinar), tanto individual como grupal.”*

---

<sup>28</sup> Ibídem, p. 74.

Otros datos relevantes a este respecto podrían ser, en primer lugar, el mayor número de revocaciones o suspensiones de la libertad condicional que presentan los presos psicópatas en relación con los demás delincuentes<sup>29</sup>. De la misma forma podría destacarse también un mayor número de quebrantamientos de condena y de las condiciones de los permisos de salida; recibiendo por regla general una cantidad mucho más elevada de sanciones por conducta violenta durante el tiempo que dura su encarcelamiento<sup>30</sup>.

Es importante hacer una mención aparte a aquel psicópata integrado que se convierte en criminal y que por tanto, entra en prisión. Ocurre a veces, que este tipo de individuos representan lo que se conoce en el mundo penitenciario como “preso modelo”. Su comportamiento en prisión se basa en una relación cordial tanto con el personal funcionario como con psicólogos y educadores. Su objetivo no es otro que demostrar una notable progresión penitenciaria que certifique una verdadera voluntad de cambio<sup>31</sup>.

Es menester traer a colación a este respecto lo que ya adelantábamos anteriormente. El comportamiento del psicópata en prisión lleva siendo el mismo durante décadas. Su carácter problemático ya era destacado en 1946 por el Dr. Martínez<sup>32</sup>, el cual hablaba de una conducta inadaptada generalizada del recluso psicópata además de una indisciplina casi total a la vida penitenciaria. También destaca Combarros, A., el que fue director de la clínica militar de psiquiatría de Palencia, dos años más tarde el carácter adulator de este tipo de reclusos aconsejando al vigilante una desconfianza plena hacia los mismos: *“en algunas ocasiones son intelectualmente mal dotados, las más, son hábiles y su debilidad mental queda cubierta por su habilidad y buena disposición para todo; zalameros, serviles (...) la buena voluntad, la adulación y el servilismo son sus armas predilectas”*<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> RAINE, Adrián; SANMARTÍN, José, *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel; 2000, p. 15-58.

<sup>30</sup> CLEMENTE, Miguel; NÚÑEZ, Jesús, *Psicología jurídica penitenciaria (Vol. II)*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa, 1997, p. 292

<sup>31</sup> POZUECO, José Manuel; ROMERO, Samuel; CASAS, Nieves, op. cit., p.186.

<sup>32</sup> MARTÍNEZ, Eduardo, op. cit., p.3.

<sup>33</sup> COMBARROS, Alberto, “El problema social...”, op. cit, p.23.

## 5. PATOLOGÍAS MENTALES EN PRISIÓN.

¿Es el psicópata un enfermo mental? Esta es una de las primeras preguntas que pueden plantearse cuando hablamos de psicopatía. No obstante, antes de intentar dar una respuesta a la misma, se intentará a lo largo de las siguientes líneas estudiar el sistema con el que el medio penitenciario aborda los problemas de salud mental.

### 5.1. El bienestar psicológico en prisión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general. Las causas de este incremento son múltiples, el motivo fundamental es la desaparición de los manicomios en España<sup>34</sup>; no obstante, también habrá de tenerse en cuenta para explicar este fenómeno el incremento en el consumo de sustancias tóxicas; el aumento de población en situación de exclusión social en la que se suele encontrar un número elevado de personas con trastornos mentales que más tarde acaban en prisión; así como el efecto específico que puede ejercer la prisión sobre las personas internas<sup>35</sup>.

España es el país europeo con el mayor número de reclusos en sus cárceles (59.578<sup>36</sup>). Para conocer el número y el tipo de enfermos mentales es menester hacer referencia a dos estudios importantes: el primero se realizó en 2006 a partir de 1.000 historias clínicas de internos elegidas de forma aleatoria en todas las prisiones del Estado; en el otro, un estudio epidemiológico realizado en 2009 sobre una muestra de 707 internos, participaron entrevistadores específicamente entrenados y se utilizó la misma metodología que la empleada por los estudios más prestigiosos de epidemiología de patología mental en población general<sup>37</sup>. Los resultados han sido muy similares en ambos trabajos, en el último se obtuvieron antecedentes de trastorno mental común en el 84.4% de los internos, trastornos por abuso o dependencia a drogas en el 76.2%. En el momento de la entrevista

---

<sup>34</sup> Ya M. Foucault advirtió en 1972 que el cierre de los manicomios significaría un trasvase de población hacia las cárceles, señalándolo como una especie de fenómeno especular de lo ocurría en la Unión Soviética, donde los psiquiátricos estaban siendo usados como sitio de reclusión de presos: “Si una sociedad capitalista como Gran Bretaña declara que no habrá más encierro, al menos para los locos, me planteo si la otra mitad del encierro, la prisión, desaparecerá, o por el contrario ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio. ¿No está haciendo Gran Bretaña lo contrario de la Unión Soviética cuando generaliza el manicomio y hace que éste cumpla la función de la prisión? ¿No se verá obligada Gran Bretaña a extender la función de las prisiones incluso si las mejora?” (M. Foucault, 1972).

<sup>35</sup> ALTAMIRANO, Zulema, *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias*, Ed. Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica, Madrid, 2013, pp.10-18.

<sup>36</sup> Último dato aportado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (octubre de 2.017).

<sup>37</sup> HARO, Josep, “Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD- España”, *Medicina Clínica*, n.º 126 (2006), pp.445-451

un 41.2% de los internos presentó algún tipo de trastorno mental, en concreto Trastorno de Ansiedad el 23.3%, Abuso o Dependencia a drogas el 17.5%, Trastorno Afectivo, generalmente depresivo, el 14.9% y Trastorno Psicótico el 4.2%<sup>38</sup>.

La respuesta a esta situación que, desde 2009, la administración penitenciaria española puso en marcha para el territorio nacional, salvo Cataluña, se concentró en el Protocolo de actuación del PATEM (Programa de Atención Integral a los problemas de Salud Mental en prisión). Este sistema reúne todas las directrices sobre las que los expertos están de acuerdo a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental en prisión.

Se trata de un programa individualizado de tratamiento y rehabilitación que permite un seguimiento tutorizado del proceso rehabilitador de cada interno<sup>39</sup>.

El PAIEM se constituye en tres etapas. La primera tiene como objeto el diagnóstico y la estabilización del enfermo mental; en la segunda se persigue la rehabilitación psicosocial y finalmente, en la tercera fase, se busca una adecuada reinserción del enfermo a su salida de prisión.

Es importante destacar que este programa se dirige particularmente a los enfermos mentales que se encuentran cumpliendo una pena de privación de libertad en un centro penitenciario ordinario, o lo que es lo mismo, que fueron condenados como responsables de un delito por el tribunal sentenciador. No obstante, en muchas ocasiones, también son incluidos a este programa aquellos internos que durante su estancia en un centro penitenciario sufren una enfermedad mental sobrevenida.

A este respecto y antes de proseguir con el estudio de dicho programa, es menester traer a colación el art. 60 del Código Penal. Conforme a este precepto, cuando después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad, que no podrá ser en ningún caso más gravosa que la pena sustituida.

---

<sup>38</sup> ARROYO, José Manuel, “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo”, n.º 13 (2011), p.103.

<sup>39</sup> SANZ, J. et al. “Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [online], n.º 16 (2014), pp. 93-100. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202014000300005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000300005&lng=es&nrm=iso)> [visitado el 12 de diciembre de 2017]

Mencionado este precepto, es importante tener en cuenta que la situación clínica de los enfermos sometidos al PAIEM, no se corresponde con la que describe el artículo 60 del Código Penal. A saber: la de un enfermo mental que no es capaz de conocer el sentido de su reclusión y debe serle suspendida la ejecución de la misma. Los enfermos mentales a los que se aplica el PAIEM cumplen condena, y aunque en ocasiones sufren un trastorno mental que llega a condicionar su vida en prisión, su enfermedad no reúne los requisitos de aplicación del mencionado artículo, puesto que su trastorno no les desconecta de la realidad de manera incesante ni influye de una forma decisiva en su capacidad para conocer y querer. Son a todos los efectos imputables. Los enfermos mentales ya considerados inimputables en el momento del juicio y por tanto sentenciados a una medida de seguridad (arts. 95-108 CP) se integran en otros programas específicos en las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias creadas al efecto<sup>40</sup> que más tarde analizaremos.

Prosiguiendo con el estudio del PAIEM, entre los profesionales que más activamente colaboran en el desarrollo de este programa destacan los psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores, enfermeros y los pertenecientes a entidades sociales. Lo que se pretende de esta forma es poner al servicio de los enfermos en prisión unos dispositivos asistenciales equivalentes a los existentes en la comunidad además de todos los espacios y recursos terapéuticos del centro: talleres, módulos de respeto, Grupo de Ayuda al Drogodependiente, deportes, terapias específicas, habilidades sociales, etc.<sup>41</sup>.

Es importante tener en cuenta que tradicionalmente en los centros penitenciarios se atribuía exclusivamente al servicio sanitario la competencia del cuidado de los presos con trastornos mentales. Por ello, la enfermería era el lugar de alojamiento permanente de los enfermos con alguna alteración mental, lo que propiciaba que el cuidado de estos enfermos quedara circunscrito a la esfera clínica y farmacológica. El objetivo del PAIEM, según expertos, es que el paciente vaya comprobando como recupera sus capacidades de resocialización; por ello, cuando el programa funciona tal y como fue diseñado, el tiempo efectivo de vida de los internos con problemas mentales en la enfermería deberá ser el imprescindible para su diagnóstico y estabilización clínica<sup>42</sup>.

Como antes adelantábamos, es menester hacer una breve referencia a las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias. En primer lugar, el art. 183 RP expone que la finalidad de estos

---

<sup>40</sup> *Ibidem*, p. 93.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 96.

<sup>42</sup> Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Septiembre de 2009. Pág. 2.

centros no es otro que el cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales. Por su parte, el art. 184 RP recoge todos aquellos casos en los que procede el ingreso en estas unidades. A saber:

a) Detenidos o presos con patología psiquiátrica cuando la Autoridad Judicial decida el ingreso para su observación durante el tiempo que requiera la misma.

b) Personas que por aplicación de las circunstancias eximentes de la responsabilidad les haya sido impuesta una medida de seguridad en Centro Psiquiátrico Penitenciario.

c) Penados que por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto por el Tribunal Sentenciador o por el Juez de Vigilancia Penitenciaria (art. 60 CP) una medida de seguridad que deba ser cumplida en Unidad Psiquiátrica Penitenciaria. Por otro lado, es necesario hacer alusión al art. 185 RP y en consonancia al Equipo Multidisciplinar del que disponen estos centros para garantizar un adecuado nivel de asistencia. Este Equipo colegiado, con criterios exclusivamente médicos y regulado conforme a la Ley General de Sanidad estará formado por psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales y personal auxiliar que sean necesarios para prestar la asistencia necesaria que precisen los pacientes internos.

Finalmente, la peculiaridad de este tipo de internamiento precisa de una información periódica para el debido control judicial. Por ello, en virtud del art. 187 RP, la situación personal de cada paciente habrá de ser revisada como máximo cada seis meses por el Equipo Multidisciplinar que deberá emitir un informe sobre su estado y evolución. Dicho informe (y también el previsto en el art. 186 RP) será al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes.

## **5.2. Psicopatía y enfermedad mental**

Dicho todo lo anterior, es menester retomar la pregunta que se planteaba al principio: ¿es el psicópata un enfermo mental?

La categoría de psicopatía no está recogida en las actuales clasificaciones de las enfermedades mentales: ni el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ni la Clasificación internacional de enfermedades reconocen el término de psicopatía<sup>43</sup>.

Para Vicente Garrido, la respuesta a la pregunta de si el psicópata es un “enfermo mental” podría ser tanto afirmativa como negativa.

---

<sup>43</sup> MUÑOZ, Juan Jesús, “Evidencias de alteraciones cerebrales, cognitivas y emocionales en los psicópatas”. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 3, n.º 3 (2003), p. 60.

Si entendemos por enfermo mental aquella persona que pierde el contacto con la realidad, que oye voces que no se pronuncian, ve imágenes que no existen o tiene ideas claramente absurdas, el psicópata no lo es. Justamente es esta sintomatología, entre otras, la que ocurre en los psicóticos como más adelante veremos. No obstante, la respuesta sería afirmativa cuando vemos que tiene unas disfunciones en su sistema nervioso (probablemente en la amígdala y en el lóbulo frontal<sup>44</sup>). Y negativa, si entendemos que ese trastorno le obliga a ser violento y un criminal: su voluntad entra en juego cuando deciden hacer el mal, y ellos conocen la diferencia entre el bien el mal<sup>45</sup>.

Los investigadores están de acuerdo en que la psicopatía tiene raíces biológicas. Las hipótesis más importantes se declinan por irregularidades en el lóbulo prefrontal y la amígdala. En el caso del primero, un funcionamiento anómalo de esta parte central del neocórtex o nuevo cerebro explicaría la incapacidad de los psicópatas para tomar decisiones razonables, por ser la zona prefrontal la encargada de deliberar y ejecutar los planes de actuación. Los estudios de Antonio Damasio<sup>46</sup> con personas que han sufrido lesiones importantes en este lugar concreto del cerebro muestran que pierden su “sensatez”: se vuelven apáticos, irritables y parecen abandonar todo sentido de la ética. Es importante destacar, no obstante, que a pesar de tener esta parte del cerebro lesionada, no observan deterioro alguno ni en su inteligencia, ni en su capacidad de analizar teóricamente las distintas situaciones. A pesar de que su razonamiento lógico permanece intacto, su comportamiento resulta impulsivo y es dirigido no por lo que el sujeto conoce como más apropiado o lo que se debería hacer, sino por aquello que le apetece, por su estado de ánimo o por un deseo de indulgencia y satisfacción inmediata de sus deseos<sup>47</sup>.

Por su parte, la amígdala actúa a modo de caja de resonancia de la emotividad; podríamos representarla como un amplificador que procesaría los estímulos emocionales para poder reconocerlos en los demás e identificarlos dentro de nosotros mismos. Así, tal y como explica Garrido en su libro, la incapacidad para las emociones de los psicópatas podría relacionarse con una menor actividad en la amígdala izquierda, lo que también ayudaría a explicar que estos sujetos sientan menos miedo ante la presencia de estímulos amenazadores,

---

<sup>44</sup> El lóbulo frontal, especialmente su región prefrontal ventromedial, se orienta a detectar el significado emocional de estímulos más complejos, por ejemplo objetos y situaciones, naturales y aprendidos, que son apropiados para suscitar emociones sociales. La escuela de Damasio ha demostrado con sus estudios que las lesiones en esta zona alteran la capacidad de sentir emociones tales como perturbación, vergüenza, culpa o desesperación, lo que compromete muy seriamente la conducta social normal.

<sup>45</sup> GARRIDO, Vicente, *Cara a cara...*, op, cit., p.52.

<sup>46</sup> DAMASIO, Antonio, *El error de Descartes*, Destino, Barcelona, 1998, p. 156.

<sup>47</sup> GARRIDO, Vicente, *Cara a cara...*, op, cit., p.86.



y que tengan más dificultades para recordar la ansiedad o el temor que estén asociadas a experiencias negativas<sup>48</sup>.

Una vez sentado que los psicópatas presentan tanto dificultades en el cerebro nuevo o lógico (en el lóbulo prefrontal) como en el emocional o límbico (en la amígdala), ¿qué parte del cerebro queda intacta en estos sujetos? La respuesta, según Garrido, está en acudir a la teoría de Paul MacLean. Según esta teoría, el cerebro humano está formado por tres cerebros subdiferenciados, siendo cada uno de ellos producto de una era distinta de la historia evolutiva. El trío se entremezcla y comunica, por eso se habla de un cerebro tres en uno, o trino, pero no dejan de estar compuestos por estructuras anatómicas distintas. El “tercer cerebro” sí que funciona en los psicópatas: es el cerebro reptiliano.

El cerebro reptiliano e el cerebro más antiguo, y supone una elaboración bulbosa de la médula espinal. Es el hoy llamado cerebro básico, instintivo. Nos sitúa en el presente, sin pasado y sin futuro y por tanto es incapaz de aprender o anticipar. No piensa ni siente emociones, es pura impulsividad. Contiene centros vitales de control, neuronas que provocan la respiración o el latido del corazón y un centro de alarma ante ruidos o movimientos que pueden denotar peligro<sup>49</sup>.

Dicho todo lo anterior, hemos de concluir afirmando que el psicópata tiene una personalidad especial, anómala, pero no es un enfermo mental. Este aspecto es realmente importante a efectos de imputabilidad o inimputabilidad como a continuación veremos.

---

<sup>48</sup> *Ibíd.*, p. 154.

<sup>49</sup> *Ibíd.*, p. 168.

## 6. EL DIAGNÓSTICO DE LA PSICOPATÍA

Tal y como expone Sánchez Garrido<sup>50</sup>, el diagnóstico de la psicopatía se pone en marcha únicamente cuando hay evidencias solidas de que un individuo cumple con el perfil de psicópata. Diagnosticar a una persona que padece una psicopatía no es tarea sencilla pues el proceso se basa en la acumulación de evidencias que muchas veces no son fáciles de diagnosticar. Para realizar dicho diagnóstico existen numerosos métodos como el MMPI (Multifasic Minnesota Personality Inventory), el MMPI-2 (Multifasic Minnesota Personality Inventory, versión 2ª) y el MMPI-A (Multifasic Minnesota Personality Inventory Adolescent); el NEO- PI- R o Inventario de Personalidad NEO Revisado que mide el neuroticismo, la extraversión, la apertura o la amabilidad; el CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico) y el TCI- R o lo que es lo mismo, el Inventario de Carácter y Temperamento Revisado.

En la actualidad, existen dos tendencias bastante diferenciadas en lo que a la evaluación de la psicopatía se refiere. Por un lado nos encontraríamos con aquellos expertos que defienden el diagnóstico de estos sujetos mediante los criterios de personalidad antisocial (Trastorno Antisocial de la Personalidad o TAP) del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV<sup>51</sup>. Estos criterios, a pesar de ser utilizados muy frecuentemente en el ámbito forense para diagnosticar la psicopatía, han sido fuertemente criticados por Hare debido a su desmesurada incidencia en la conducta antisocial. Por ello, ha construido un instrumento para la detección de psicópatas: la “Psychopathy Checklist” (PCL) y su versión revisada, la “Psychopathy Check List Revised” (PCL- R).

De entre todos los métodos señalados, la gran mayoría de expertos concurren en que el que muestra mayor fiabilidad es el PCL- R. A este respecto, Pozueco Romero insiste en que la única forma de diagnosticar la psicopatía es mediante el empleo del método propuesto por Hare<sup>52</sup>; de igual forma piensan Raine o Sanmartín<sup>53</sup> al afirmar aquel como el método con mayor fiabilidad y validez predictiva.

Cabe añadir que, optar por una tendencia u otra no es baladí pues, declinarse por el diagnóstico de la psicopatía mediante los criterios de personalidad antisocial implica equiparar ambos términos, es decir, afirmar que psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad (TAP) son equivalentes. Si tenemos en cuenta los numerosos estudios de

---

<sup>50</sup> SÁNCHEZ, Francisco José, op. cit., p. 103

<sup>51</sup> MUÑOZ, Juan Jesús, op. cit., p. 62.

<sup>52</sup> POZUECO, José Manuel, “Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico- forense, psiquiátrico- legal y criminológico (parte II)”, *Cuadernos de Medicina Forense*, n.º 17 (2011), p.178.

<sup>53</sup> RAINE, Adrian y SANMARTIN, José, op. cit., pp. 20 y ss.

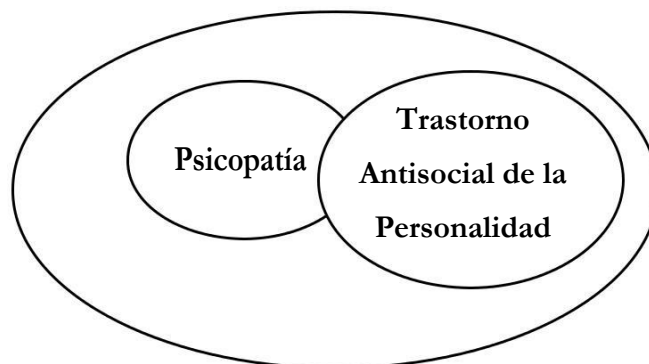
investigación que se han llevado a cabo sobre este aspecto ha de afirmarse no obstante, que TAP y psicopatía no son la misma entidad.

### 6.1. Psicopatía y TAP.

A lo largo de los años, se ha ido sacrificando el concepto de “psicopatía” por el de “Trastorno Antisocial de la Personalidad”. En la actualidad, superados un gran número de sustantivos obsoletos (manía, locura, moral insana, etc.), se acepta la denominación de “Personalidad Antisocial” o de “Trastorno Antisocial de la Personalidad”, en términos de clasificación Psiquiátrica, relegándose el término “psicopatía” a la investigación a pesar de que, como hemos adelantado anteriormente, se traten de términos diferentes.

Arroyo Zapatero<sup>54</sup>, responsabiliza al concepto de conducta antisocial como culpable de dicha confusión, afirmando que es el punto de intersección entre ambos trastornos. Así las cosas, si consideramos la conducta antisocial en sí misma, nos encontraremos con que muchas veces, el factor responsable de su manifestación es la personalidad psicopática; en otras ocasiones será el TAP.

#### CONDUCTA ANTISOCIAL



La conducta Antisocial, englobaría desde los rasgos de personalidad psicopáticos hasta los criterios de un TAP. Sin embargo, el hecho de que un sujeto presente una conducta antisocial no debe ser en sí mismo suficiente para un diagnóstico de psicopatía. De esta forma, una persona diagnosticada de TAP, puede cumplir o no los criterios de psicopatía; de la misma forma que un psicópata no tiene por qué cumplir los criterios de TAP (por ejemplo el caso de los psicópatas integrados como más adelante veremos).

<sup>54</sup> ARROYO, Luis, *Estudios de criminología I*, Universidad de Castilla- La Mancha, Cuenca, 1993, pp.133-138.

A pesar de todo lo dicho anteriormente, nuestra jurisprudencia sigue refiriéndose en muchas ocasiones a la psicopatía en términos de TAP<sup>55</sup>, baste decir que el 90% de los psicópatas que se encuentran en las cárceles cumplen los criterios para el TAP; sin embargo, solo entre un 20% y un 30% de los sujetos diagnosticados con un TAP son psicópatas<sup>56</sup>. Por ello, los diagnósticos de TAP han demostrado tener una utilidad mucho menor para el sistema penitenciario que la evaluación de la psicopatía basada en el PCL-R<sup>57</sup>.

## 6.2. La Escala de Valoración de la Psicopatía o PCL-R (Psychopathy Check List Revised)

El Psychopathy Check List es creado en 1985 por Hare y un grupo de colaboradores como respuesta y alternativa a los criterios del DSM y del CIE. Años después, en 1991, fue revisado y publicado como Psychopathy Check List Revised o PCL-R. Consta de 20 ítems que se corresponden con los síntomas de la personalidad psicopática<sup>58</sup>. En ambas versiones aparecen dos factores. El factor I refleja las características afectivas e interpersonales como el egocentrismo o la ausencia de remordimientos (elementos esenciales del diagnóstico de psicopatía en Cleckley) mientras que el factor II plasma lo que se conoce como desviación social o historia antisocial (impulsividad, comportamiento antisocial, estilo de vida inestable, comportamientos criminales, clase socioeconómica baja, etc.)<sup>59</sup>. Cada uno de los 20 ítems es puntuado sobre una escala de 3 puntos (0,1 ó 2) debiendo estar la puntuación total en un rango entre 0 y 40 puntos.

<p style="text-align: center;"><b>Factor I</b></p> <p style="text-align: center;">Locuacidad/encanto superficial Grandiosidad del yo/ egocentrismo Mentira patológica Manipulación Falta de remordimientos Sentimientos superficiales Insensibilidad/falta de empatía Incapacidad de responsabilizarse de sus actos</p>
---

<sup>55</sup> STS de 4 de octubre de 2001, donde el procesado fue diagnosticado de TAP por un profesional y de TDP por otro distinto.

<sup>56</sup> TORRUBIA, Rafael; CUQUERELLA, Ángel, op. cit., pp. 25-35.

<sup>57</sup> POZUECO, José Manuel, op. cit., p.178

<sup>58</sup> SÁNCHEZ, Francisco José, op. cit., p. 107.

<sup>59</sup> MUÑOZ, Juan Jesús, op. cit., pp. 63 y 64.

<p style="text-align: center;"><b>Factor II</b></p> <p style="text-align: center;">Necesidad de estimulación/ tendencia al aburrimiento Estilo de vida parásito Deficiente autocontrol Problemas precoces de conducta Ausencia de metas realistas a largo plazo Impulsividad Irresponsabilidad Delincuencia juvenil Revocación de libertad condicional</p>
<p style="text-align: center;"><b>Ítems adicionales</b></p> <p style="text-align: center;">Promiscuidad sexual Muchas relaciones matrimoniales cortas Versatilidad delictiva</p>

La importancia de separar el factor I del factor II es evidente pues hay una inmensidad de psicópatas integrados y por tanto, con un escaso factor II, que solo atendiendo al primer factor pueden ser diagnosticados. Sirva como ejemplo el caso de Joaquín Ferrándiz, asesino en serie de cinco mujeres que previamente había sido condenado por una agresión sexual. Durante el tiempo de estancia en prisión, nadie creyó que podía tratarse de un psicópata. Por ello se le concedió la libertad condicional ya que concurrían en él todas las circunstancias necesarias que rigen en el sistema penitenciario español. Pues bien, Ferrándiz mató a cuatro mujeres nada más salir de la cárcel. No obstante, lo que es necesario significar aquí es que, dos años más tarde, cuando se le realizó la prueba (el PCL-R), su puntuación estaba lejos del punto de corte (30). La razón, explica Garrido, no es otra que Ferrándiz es un psicópata integrado que comete delitos: *“alguien que parece ser una persona normal, con formación y del que nadie sospecha. Alguien así puntuará alto en el factor I y bajo en el factor II (como de hecho ocurrió)”*<sup>60</sup>.

Esta escala permite de esta forma evaluar la psicopatía en contextos de investigación tanto clínicos como forenses, distinguiéndola de otras formas de delincuencia o de meras desviaciones sociales. En el PCL-R se emplea para ello una entrevista semi-estructurada, datos que proceden de los expedientes y otras informaciones para evaluar rasgos los rasgos de la personalidad del sujeto<sup>61</sup>.

<sup>60</sup> GARRIDO, Vicente, “El tratamiento del psicópata”, *Psicobema*. n°14, Supl. (2002), p.182.

<sup>61</sup> RIVERA, Iñaki, “Actuarialismo penitenciario. Su recepción en España”, *Revista Crítica Penal y Poder*, n°9 (Septiembre de 2015), p. 114.

Con respecto a su implantación y utilización en España, ha de destacarse que con varias re-ediciones posteriores, el PCL-R es traducido y publicado en nuestro país en el año 2010 por Torrubia, Poy y Moltó. Dichos autores señalan que: *“desde su publicación en 1991, numerosos estudios han demostrado con creces su asociación con diversos perfiles delictivos y su capacidad para predecir reincidencia, quebrantamientos de condena y conducta antisocial dentro de y fuera de los centros penitenciario”*<sup>62</sup>. A ello se añade que tras la realización de diversos estudios con presos españoles *“la adaptación española del PCL-R es una medida fiable y válida del constructo psicopatía en la población penitenciaria española de sexo masculino”*<sup>63</sup>.

A pesar de lo anterior, no es menos cierto que este método todavía no es muy utilizado en nuestro país. No obstante, la utilización de un método válido y fiable por parte de los peritos forenses cobra una gran importancia de cara a la toma de decisiones de los Tribunales.

Cabría añadir para dar por concluido este epígrafe, que existen también cuestionarios que exploran la personalidad del sujeto sometido a los mismos. Sirva de ejemplo mencionar la escala de Impulsividad de Barrat, la Escala de control de los Impulsos de Ramón y Cajal o la Escala de Búsqueda de Sensaciones.

En lo que respecta a la fiabilidad de estos instrumentos, ha de destacarse que solo analizan el grado en que se manifiesta un único rasgo en una personalidad o sujeto determinado. Además, muchos autores, entre los que se encuentra Sánchez Garrido achacan el inconveniente de que el sujeto que realiza el cuestionario puede mentir o no decir toda la verdad en lo que a sus respuestas se refiere. Este último rasgo, se hace más latente todavía en los psicópatas, pues como ya hemos visto anteriormente, demuestran una cierta tendencia hacia la mentira cuando de esa situación pueden aprovecharse<sup>64</sup>.

Dicho todo lo anterior, podríamos concluir afirmando que estos últimos métodos basados en cuestionarios deberían ser utilizados como un complemento de los anteriores por los motivos que anteriormente han sido expuestos.

---

<sup>62</sup> TORRUBIA, Rafael et. al., “Prólogo y agradecimientos a la edición española” en *Manual PCL-R. Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada.*, Madrid, Tea ediciones, 2010, pp. 236 y ss.

<sup>63</sup> *Ibidem.* P. 261

<sup>64</sup> SÁNCHEZ, Francisco José, *op. cit.*, p. 104

## 7. LA PSICOPATÍA COMO CIRCUNSTANCIA MODIFICATIVA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL

### 7.1. El concepto de imputabilidad

Como es bien sabido, el delito es definido como una transgresión de la ley o de lo que es lo mismo, de la norma socialmente establecida. El hecho de que determinados actos, y no otros, estén calificados como delitos no es otro que su consideración de actos lesivos que conllevan una consecuencia jurídica en forma de pena y que culmina en su tipificación como tal en el Código Penal. Por su parte, la respuesta institucional al delito se rige por los principios y la ética de la Justicia: persecución del delito y castigo del delincuente. La pena pretende la retribución del daño y contribuir a la seguridad; y a su vez, pretende también efectos disuasorios y la rehabilitación del delincuente<sup>65</sup> (reeducación y reinserción social ex art 25. de la Constitución Española), esto es, la prelación de la prevención especial positiva.

Dicho lo anterior, hemos de aclarar cuándo un sujeto es o no imputable. El concepto de imputabilidad proviene del latín *imputare* que significa “atribuir”. Se entiende por imputabilidad a la capacidad de un sujeto de ser penalmente responsable, es decir, a la presencia de un conjunto de condiciones necesarias para que un hecho punible pueda ser atribuido a quien voluntariamente ejecuta una acción<sup>66</sup>. Un Derecho penal basado en la culpabilidad ha de presuponer no solo la existencia de culpabilidad humana sino también la posibilidad de que esa culpabilidad pueda ser establecida, constatada y valorada jurídicamente mediante un nexo de causalidad que una al delincuente con su acto delictivo. Por tanto, para ser imputable se ha de poseer la capacidad para comprender lo antijurídico del hecho y para dirigir la acción conforme a esa comprensión<sup>67</sup>. Así las cosas, imputar no será otra cosa que atribuir la ejecución de un acto a una persona que es capaz de comprender y querer el acto cometido. La responsabilidad se estructura, entonces, como una consecuencia de la imputabilidad humana, en cuanto que esta no es otra cosa que la capacidad de entender y de querer actuar culpablemente. Por todo lo anterior, presupuesto necesario para el reproche de la culpabilidad es la imputabilidad jurídico-penal.

Si analizamos la posición contraria, la inimputabilidad no es otra cosa que el reverso de la imputabilidad, su aspecto negativo, consistente en la ausencia de imputabilidad: aquellos

---

<sup>65</sup> HERNÁNDEZ, Mario, *Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea*, Documentación social, p.135.

<sup>66</sup> PAVEZ, Fabián, “¿Es la cárcel un tratamiento para la enfermedad mental?: reflexiones en torno a psicopatía e imputabilidad”, *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, nº3 (2011), p. 333.

<sup>67</sup> YAÑEZ, Pedro Luis, “Consideraciones en torno a la imputabilidad disminuida con especial referencia a los psicópatas. Su tratamiento y los denominados establecimientos de terapéutica social”, *ADPCP*, Tomo 21, fascículo 2 (1970), p.321.

supuestos en los que no puede afirmarse que la persona sea imputable en el momento de la comisión del delito<sup>68</sup>. En España, para conocer estos supuestos es necesario remitirse al art. 20 del Código Penal español (en adelante CP) donde se regulan las llamadas eximentes. A saber: 1º) trastorno mental transitorio, 2º) estado de intoxicación plena, y 3º) alteraciones de la percepción.

Volviendo al campo de la psicopatía, existe una gran variedad de posiciones en cuanto a la posible imputabilidad y culpabilidad del delincuente psicópata. Dicha diversidad se verá reflejada tanto en la doctrina como en la jurisprudencia española que a continuación analizaremos.

## **7.2. La problemática respecto a los delincuentes psicópatas.**

Cuando hablamos de responsabilidad penal del delincuente psicópata, estamos parados en un campo repleto de dificultades jurídico-penales pues, como ya hemos anunciado en el apartado anterior, en lo que se refiere a las psicopatías existe una gran variedad de posiciones respecto a la imputabilidad, y por ende, culpabilidad de este tipo de delincuentes. Las diversas paradojas se reflejan en resultados jurídicos diversos.

Sobre la imputabilidad, existe una corriente que parte del fundamento de que las alteraciones presentes en los psicópatas están relacionadas con su carácter, no produciendo alteraciones en su voluntad o inteligencia, y de esta forma deben ser considerados a los efectos de la imputabilidad penal. A estos efectos, Jiménez Díaz y Fonseca Morales manifiestan que es realmente difícil que una psicopatía por sí sola sea el fundamento de la aplicación de una eximente incompleta al sujeto que la sufre, ya que es sumamente improbable que pueda producir en aquel el efecto normativo que exige el art. 20.1 del CP: *que por una anomalía o alteración psíquica, el sujeto en el momento en el que comete el hecho delictivo, no pueda comprender la ilicitud de su actuación o de erigirse conforme a esa comprensión*<sup>69</sup>.

Quintero Olivares también entiende la psicopatía como una patología del carácter, sustancialmente distinta de las enfermedades mentales y propensa a comportamientos delincuenciales<sup>70</sup>. Para él, el psicópata entiende la ilicitud del hecho y no presenta alteraciones de la percepción por lo que debe ser considerado imputable.

---

<sup>68</sup> COBO, Manuel y VIVES, Tomas. *Derecho penal. Parte general*. 5.ª ed. Valencia, Tirant lo Blanch; 1999, p.583.

<sup>69</sup> JIMÉNEZ DÍAZ, María José y FONSECA MORALES, Gema, *Trastornos de la personalidad (psicopatías) Tratamiento científico y jurisprudencial*, CESEJ-ediciones, Madrid, 2007, p. 139

<sup>70</sup> QUINTERO OLIVARES, Gonzalo, *Locos y culpables*, Aranzadi Editorial, Pamplona, 1999.



En este sentido, la incapacidad del agente de determinarse conforme al entendimiento del carácter ilícito del hecho no excluye ni atenúa su capacidad de conocer la ilicitud de hecho en sí.

De igual manera defiende Hare<sup>71</sup> la imputabilidad de los psicópatas, por cuanto tienen la capacidad de controlar su comportamiento con conciencia de la potencialidad de sus actos independientemente de que eso no les impida su realización.

Establecido lo anterior, es importante recordar que, como hemos anunciado con anterioridad, una parte de la doctrina defiende que los psicópatas no poseen capacidad plena para una autodeterminación plena o para un comportamiento adecuado.

Vicente Martínez, por caso, refiere<sup>72</sup> en el ámbito jurídico español un predominio en el sentido de que la psicopatía no es una enfermedad endógena, pero sí una alteración de la personalidad o de la esfera afectiva. Este entendimiento es también posible porque la Clasificación Nacional de Enfermedades (CIE) ha calificado la psicopatía como trastorno mental y del comportamiento.

Asimismo autores como Urruela Mora<sup>73</sup> o Quintero Olivares<sup>74</sup> sostienen que cuando la capacidad intelectual se mantiene, la capacidad volitiva deber ser analizada y puede quedarse afectada o anulada en los individuos psicópatas.

En este orden de cosas, la intensidad de la psicopatía y el compromiso de la salud deben ser analizados caso por caso para ponderar así la existencia o no de una imputabilidad reducida.

Conforme expresan Jiménez Díaz y Fonseca Morales:

*“Si efectivamente se comprueba que la psicopatía incide en la imputabilidad del sujeto, es decir, en su capacidad intelectual o volitiva, pero esta incidencia es parcial, leve, con relativa (poca) intensidad, entonces Manalógica... Pero esto va a ser así, siempre y cuando se cumplan dos requisitos: primero, que se trate de una psicopatía de cierta intensidad y, segundo, que el delito cometido se encuentre en directa relación con la psicopatía, o lo que es lo mismo, que la realización del delito esté bajo su influencia<sup>75</sup>”.*

---

<sup>71</sup> HARE, ob. cit.

<sup>72</sup> VICENTE MARTINEZ, Rosario de, “Evolución en le tratamiento jurisprudencial de la eximente de anomalía o alteración psíquica”, en Demetrio Crespo- Maroto Calatayud, *Neurociencias y Derecho Penal: Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico penal de la peligrosidad*. Edisofer, Madrid, 2013, pp. 235-267.

<sup>73</sup> URRUELA MORA, Asier, *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*. Bilbao- Comares, Granada 2004.

<sup>74</sup> QUINTERO OLIVARES, *Locos y culpables*, op. cit. *ut supra*.

<sup>75</sup> JIMENEZ DIAZ- FONSECA MORALES, op. cit., p. 80.

Finalmente, la consideración de los psicópatas como inimputables es una posibilidad mucho menos sostenida. En este sentido es conveniente reflexionar sobre el concepto de psicópata propuesto por Zaffanori y Pierangeli<sup>76</sup>: *“Si por psicópata consideramos a la persona que tiene una atrofia absoluta e irreversible de su sentido ético, esto es, un sujeto incapaz de introyectar o autoproyectar reglas o normas de conducta, entonces él no tendrá capacidad para comprender la antijuridicidad de su conducta, y, por tanto, será inimputable. Quien posee una incapacidad total para entender valores, aunque los conozca, no podrá entender la ilicitud”*.

Nos encontraríamos en este sentido ante una incapacidad de motivación por la norma que impediría al psicópata comprender la antijuridicidad de su conducta y por ende, la ilicitud del hecho.

Sobre la consideración de la psicopatía como inimputabilidad existen únicamente dos casos en la historia de la jurisprudencia del Tribunal Supremo español. Ambas sentencias, junto a otras, serán analizadas a continuación.

### **7.3. La evolución de la Psicopatía en la Jurisprudencia del Tribunal Supremo**

Como ya hemos anunciado en el apartado anterior, dos son las sentencias en las que el Tribunal Supremo ha considerado la existencia de una psicopatía como motivo suficiente para declarar inimputable al sujeto en cuestión: la primera sentencia data de 1936 (psicopatía asociada a episodios epilépticos); la segunda la encontramos casi cincuenta años después, en 1982 (psicopatía asociada a una base neurótica de tipo obsesivo en materia sexual y a un alcoholismo crónico”)

Al respecto de estas dos sentencias, la doctrina ha interpretado que cuando el trastorno psicopático se combina con otros factores como el alcohol, es usual una afectación de sus facultades. La intensidad de esta afectación deberá ser analizada en cada caso concreto, pero podría llevar al psicópata a una situación de inimputabilidad cuando dicho agente exacerbe la psicopatía, produciendo en el psicópata un impulso que le provoque una perturbación de sus frenos inhibitorios hasta el punto de que el mismo pierda la capacidad volitiva que exige el CP.

Una vez excluidas estas dos sentencias, si analizamos las decisiones del Tribunal Supremo español durante la vigencia del nuevo Código Penal, no se encuentran casos de inimputabilidad considerándose solo la existencia de una psicopatía.

---

<sup>76</sup> REGHELIN MELO, Elisangela- CAVEDON ZAFFARI, Bárbara- CALLEGARI, Luis André, *“Psicopatías e imputabilidad: Un análisis sobre la peligrosidad criminal y los delitos sexuales”*, Madrid, 2016, p. 78.

El Tribunal Supremo, ya con el Código Penal anterior, era contrario a la aplicación de la eximente plena de enajenación y trastorno mental transitorio para individuos psicópatas. Pese a ello, se percibe que, por otra parte, comienza a darse una cierta flexibilización de los criterios en ese tipo de análisis y a pensar en la psicopatía como una forma de exención parcial desde 1988<sup>77</sup>. No obstante, con la entrada del CP español de 1995, se empieza a aceptar la aplicación de una eximente parcial, comprendiéndose la psicopatía como una anomalía o alteración psíquica como a continuación veremos.

Previo a la publicación de la sentencia de 29 de febrero de 1988<sup>78</sup>, en la que se juzgaba un proceso de homicidio, el TS presentó otras sentencias que consideraban la psicopatía como un elemento no relevante (SSTS 4/4/84; 13/6/85); como circunstancia atenuante analógica (SSTS 12/3/85; 27/3/85; 1/7/86) o, más aún, como un caso de exención parcial de enajenación mental (SSTS 15/5/85; 6/2/87 Y 27/5/87). No obstante, es en 1988 con la sentencia a la que antes nos referíamos, cuando el TS se atreve a adelantar una línea o criterio jurisprudencial en la que la psicopatía debía entenderse como una enfermedad mental que llevaba consigo una disminución de la capacidad de culpabilidad:

*“Se trata de una cuestión que seguramente debe continuar abierta para que sea posible dar la respuesta jurídico- penal más adecuada a la multiplicidad de casos que la vida puede presentar ante los tribunales. Conviene, sin embargo adelantar algunas reservas en relación con la alternativa de la atenuante analógica. De una parte (...) porque la psicopatía se funda también en la observación de una anomalía estructural de la personalidad. De otra, porque la inclusión de las psicopatías entre los trastornos mentales, supone un serio obstáculo para continuar negándoles la condición que les otorga una instancia científica como la OMS. El psicópata no es un enajenado en sentido estricto, puesto que no está “fuera de sí”, pero sí es un enfermo mental, aunque naturalmente su enfermedad pueda ser más o menos relevante, o en ocasiones absolutamente irrelevante, para la determinación de la imputabilidad que quepa atribuirle”*

El TS establece de esta forma el criterio de que a la hora de determinar una atenuación en la responsabilidad del psicópata, habrá de atenderse a la merma que el sujeto en cuestión experimente de sus facultades intelectivas y volitivas o lo que es lo mismo, a su capacidad de autodeterminarse libre y conscientemente.

Pasando de 1988 a 2004, llegamos a la sentencia de 25 de marzo de 2004<sup>79</sup>, en la que el TS reconoció expresamente la posibilidad de admitir las psicopatías como una forma de

---

<sup>77</sup> REGHELIN MELO, Elisangela- CAVEDON ZAFFARI, Bárbara- CALLEGARI, Luis André, op. cit. p. 80-90.

<sup>78</sup> STS N.º 537/1988. RJ 1988/1341

<sup>79</sup> STS N.º 439/2004. RJ 2004/3692

exención de culpabilidad, comprendiendo que son auténticas anomalías psíquicas, y no solamente análogas: “(...) *la interpretación jurisprudencial ha venido siendo cautelosa en la aceptación como eximente de las psicopatías o trastornos de la personalidad consistentes en peculiaridades personales que afectan duramente las áreas del conocimiento, del control de los impulsos, o de la afectividad (...) Para aceptarlas como eximentes, aun como incompletas y de efecto atenuante, se insistía en exigir estuvieran acompañadas o determinadas por verdaderas enfermedades mentales o psicosis, añadiéndose cuando esto no ocurría la aplicación de atenuante analógica. No obstante, la amplitud conceptual con que en el texto del actual CP se re recogen, puede dar lugar a la posibilidad de su consideración entre las eximentes y, derivadamente, cuando concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir las responsabilidad penal como atenuante (art. 21.1 CP), debiendo salir del campo de las atenuantes analógicas en este último caso ya que, las psicopatías no tienen análoga significación a las anomalías psíquicas, sino que literalmente lo son*”.

Después de haber aceptado la posibilidad, el TS reconoció que sin embargo era muy difícil que un psicopatía por sí sola obtuviera una exención total por cuanto presenta una “gravedad inferior” si se la compara con otros trastornos de personalidad como las psicosis graves o las oligofrenias. Así las cosas, se impediría prácticamente su acogida como circunstancias eximentes, teniendo su campo normal de efectividad en las incompletas con valor atenuante.

En la sentencia de 24 de febrero de 2005<sup>80</sup>, el TS vuelve a manifestar que la presencia de la anomalía no es suficiente, pues, además, se requiere que exista incapacidad para comprender la ilegalidad del hecho, o que el individuo no haya podido actuar en el sentido de conocerla. Sin embargo, el Tribunal parece admitir en general la posibilidad de reconocer la presencia de una forma de exención, que puede ser total o parcial.

En líneas generales, expone la Sala que, las alteraciones de la personalidad pueden operar a través de la anomalía o alteración psíquica a que se refiere el art. 20.1 o, en su caso, el art. 21.1 del Código Penal. Sin embargo, incide el TS en que este dato no es suficiente para que pueda ser apreciada dicha eximente, ni completa ni incompleta, puesto que la mera presencia de una anomalía o alteración psíquica puede ser irrelevante para la determinación de la imputabilidad de quien la padece y, en consecuencia, de su responsabilidad penal. Por tanto, habrá de ser preciso además que el autor de la infracción penal, a causa de la alteración que sufre, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, es decir, es preciso que la anomalía o alteración se interponga entre el sujeto y la norma que establece la ilicitud del hecho, de forma que no pueda ser motivado por aquella o que,

---

<sup>80</sup> STS N.º 379/2005. RJ 2005/102619

pudiendo percibir el mandato o la prohibición contenidos en la norma, carezca esta de fuerza motivadora para el sujeto porque el mismo se encuentre determinado en su actuación por causas vinculadas a su alteración psíquica que anulen la motivación de la normativa. Y en el supuesto de que la incapacidad para ser motivada por el precepto sea solo parcial, nacerá el presupuesto fáctico para la apreciación de la eximente incompleta.

Entretanto, en otra sentencia, la del 3 de mayo de 2006<sup>81</sup>, el TS reconoce una vez más las psicopatías como eximente incompleta.

Pese a todo lo que se ha expuesto, el TS no ha reconocido, en ninguna ocasión, que las psicopatías actúen como eximentes completas de la responsabilidad. Es decir, el Tribunal no ha admitido ningún precedente en este sentido, ya que solamente reconoce, a lo sumo, la existencia de una eximente incompleta. En la sentencia del 27 de diciembre de 2005<sup>82</sup>, el TS hizo una digresión histórica acerca de este problema: *“En efecto, la entidad conocida por psicopatía, solo se tendrá en cuenta a efectos de eximente en aquellos casos en que fuera tan profunda que comprometa las estructuras cerebrales o coexista con una enfermedad mental y siempre que el hecho delictivo se halle en relación con la anormalidad caracterológica padecida. Lo decisivo no es la clasificación de un estado espiritual del autor, sino la intensidad de los efectos de la psicopatía sobre su posibilidad de autodeterminación”*.

De acuerdo a lo expuesto, la nomenclatura *“cualquier anomalía o alteración psíquica”* es, realmente, muy amplia. A pesar del tiempo transcurrido desde que se iniciaron las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales, la actual nosología psiquiátrica no es aún, un corpus teórico absolutamente consistente y cerrado, en que cada concepto y entidad sean perfectamente delimitados o tengan un acepción universalmente válida<sup>83</sup>. Así, si por un lado, el legislador español tuvo la satisfacción de no utilizar ninguna nomenclatura médica, por otro, generó una amplitud muy grande en el concepto legal, llevando a la doctrina mayoritaria a incluir en la fórmula no solo a las enfermedades mentales en sentido estricto (psicosis) sino también a las psicopatías<sup>84</sup>. Entretanto, la nueva fórmula, además del amplio concepto mencionado, exige *“la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o actuar de acuerdo a esa comprensión”*. Y es por la existencia de este dato normativo que la jurisprudencia, anterior y actual, continua inclinándose por la imputabilidad del psicópata, como regla general<sup>85</sup>.

---

<sup>81</sup> STS N.º 535/2006. RJ 2006/3030.

<sup>82</sup> STS N.º 1511/2005. RJ 2005/1326

<sup>83</sup> MUÑOZ CONDE, Francisco, Teoría general del delito, Sérgio Fabris, Puerto Alegre, 1988, p. 43.

<sup>84</sup> SANZ MORAL, Angel José, *Las medidas de corrección y de seguridad en el Derecho Penal*, Lex Nova, Valladolid, 2003, p.208.

<sup>85</sup> Ídem, p. 219.

El Código Penal de 1995 contempló , en el art. 20.1, la expresión “*cualquier anomalía o alteración psíquica*” incluyendo una nomenclatura más amplia y resolviendo, por lo menos, el problema de las psicopatías graves. Además, se habría la posibilidad ex art. 20.3 CP, de que alguien, sin ser considerado genuinamente enfermo mental, presente característica socioculturales que constituyan la base normativo- valorativa necesaria para el encaje de la aplicación de la referida eximente. En este aspecto, aceptó el legislador penal español al hablar, genéricamente, de “*anomalía o alteración psíquica*”, o incluso de “*trastorno mental transitorio*”, acogiendo aquí todas las formas de enfermedades mentales así como aquellos defectos o alteraciones de los procesos de socialización relevantes en la determinación de la imputabilidad de alguien, aunque no sean considerados enfermedad mental<sup>86</sup>.

---

<sup>86</sup> MORALES PRATS, op. cit., pp. 82-83.

## 8. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD APLICABLES A LOS DELINCUENTES PSICÓPATAS

### 8.1. Antecedentes históricos

En la actualidad, los delincuentes psicópatas componen un grupo de sujetos que potencialmente son percibidos como dotados de una peligrosidad extrema y que, por tanto, merecen cualquier castigo con el fin de proteger la sociedad.

Desde la antigüedad clásica, se han sucedido numerosos debates sobre Estado y Derecho en relación con los fines de la pena, con especial relevancia de la finalidad preventiva, general o especial.

A partir del S. XVI, providencias correctivas y disciplinarias, incluso de carácter policial, fueron impuestas como medios preventivos no solo a los menores y locos, sino también a ebrios habituales, “vagos” y mendigos, entre otras categorías de individuos considerados antisociales.

En el XIX, con la llegada de los nuevos tiempos, el crecimiento exponencial de las principales ciudades del continente europeo y la Revolución Industrial, aumentaba el desempleo y la inestabilidad social. Nuevos métodos de lucha contra la criminalidad surgían al lado de la institución de la vigilancia policial y de las primeras providencias de planeamiento e higienización urbanas. Se marcaba a determinados sujetos con la seña de la peligrosidad aplicándoseles diversas especies de medidas de seguridad.

A finales del S. XIX la pena dejó de ser percibida como respuesta estatal suficiente desde el punto de vista punitivo. Ante los reincidentes, los criminales habituales, los locos y los menores, surgía la necesidad de un tratamiento diferenciado. Así, la insuficiencia de la pena y los evidentes riesgos de establecer un sistema de medidas basado exclusivamente en las necesidades de la defensa social llevaron al nacimiento de un sistema denominado dualista, caracterizado por la conservación de la pena fundada en la culpabilidad (con su finalidad retributiva), junto con las medidas de seguridad destinadas a aquellos sujetos para los cuales la pena no resultase aplicable o adecuada (inimputables), o no bastase para conjurar su peligrosidad..

En España<sup>87</sup>, la introducción de medidas de seguridad, así denominadas, y con una naturaleza ya definida, tiene lugar con el Código Penal de 1928. Más tarde, en 1933, momento histórico en que se promulgó la Ley de Vagos y Maleantes, se propició la creación de un

---

<sup>87</sup> CEREZO MIR, José, *Curso de Derecho Penal español: parte general*, 5ª ed., Tecnos, Madrid, 1996, pp. 34-36.

instrumento que, entre otros defectos, resultó ser excesivamente defensivista del orden público. Derogada la Ley de Vagos y Maleantes, la reglamentación vigente hasta la entrada en vigor del Código Penal de 1995 quedó limitada a la Ley sobre Peligrosidad y Responsabilidad Social (1970). Esta Ley establecía una serie de estados peligrosos en los cuales podrían ser declaradas ciertas personas, con la consecuente imposición de medidas de seguridad y rehabilitación social. No obstante, uno de los mayores problemas a los que se enfrentó esta ley fue la confusión entre peligrosidad criminal y peligrosidad social. La peligrosidad criminal consiste en la probabilidad de que el sujeto realice, en el futuro, una conducta delictiva. La peligrosidad social se identificaba con el estar excluido, al margen de la sociedad, lo que en verdad exigiría medidas preventivas de carácter social. En suma, se llegó a la conclusión de que la LPRS realmente servía para prolongar los efectos de la pena, infringiendo principios básicos del Derecho Penal, como son los de legalidad e intervención mínima.

## 8.2. Peligrosidad: notas explicativas importantes

El término “peligrosidad” fue desarrollado en los Congresos de la Unión Internacional de Derecho Penal y tuvo origen en la expresión “temibilidad”, de Garofalo<sup>88</sup>.

Con respecto a la peligrosidad criminal, presupone un orden social determinado al que el sujeto debe ajustarse y que no suele ser cuestionado.

La legislación penal española, exige un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos, *conditio sine qua non* para que la medida pueda ser impuesta. Sobre la peligrosidad, Carbonell Mateu<sup>89</sup> expone que en Derecho Penal no tiene cabida ninguna referencia al “estado peligroso” como presupuesto de la aplicación de la medida sino que tal presupuesto ha de venir determinado por la comisión de un delito y por la peligrosidad, que ya no proviene de un estado de los recogidos en la derogada Ley de la Peligrosidad y Rehabilitación Social. Dicho lo cual, la peligrosidad ha de venir referida necesariamente por la comisión de delitos y no de conductas antisociales.

El juicio de la peligrosidad presenta dos fases<sup>90</sup>: la primera consiste en el diagnóstico o comprobación de la calidad sintomática de la peligrosidad del sujeto; la segunda fase es la prognosis, o lo que es lo mismo, la comprobación de la relación entre tal calidad y el futuro

---

<sup>88</sup> LUZON CUESTA, José maría, Compendio de Derecho Penal: parte general, 13ª ed., Dykinson, Madrid, 2002, p. 257.

<sup>89</sup> CARBONEL MATEU, Juan Carlos, *Derecho Penal: concepto y principios constitucionales*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1999, pp. 42-43.

<sup>90</sup> GARCIA GARCIA, Lucía, “Marco jurídico de la enfermedad mental. Incapacitación e internamiento”, en *Revista General de Derecho*, Valencia, 2000, p. 479.



criminal de la persona. En este sentido, la doctrina se ha manifestado acerca de la dificultad a la hora de emitir un juicio de peligrosidad, pues toda la probabilidad carece de verdadera certeza.

Tal es así, que no existe un instrumento que permita la identificación de los sujetos que puedan llegar a reincidir, principalmente en los delitos violentos, con seguridad absoluta. Por eso se ha propuesto la aplicación del test PCL- R, al que ya hemos hecho referencia con anterioridad. La psicopatía, para la doctrina, es la más grave desarmonía de la integración de la personalidad. Solamente en Estados Unidos los psicópatas son responsables del 50% de los delitos violentos. Se calcula que el índice de psicopatía estaría alrededor del 1% de la población en general y del 15-20% en la población penitenciaria<sup>91</sup>. La tasa de reincidencia criminal es aproximadamente tres veces mayor en psicópatas que en otros criminales, y en los delitos violentos la tasa es cuatro veces mayor para psicópatas que para no psicópatas. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado cuando se analizan índices de reincidencia, pues pueden presentar una gran variación<sup>92</sup> en función de las diferencias en los tratamientos, cuestiones de orden geográfico, temporal, características personales de los individuos, e incluso dependiendo de la supervisión del tratamiento.

### **8.3. Concepto legal y formas de ejecución de las medidas de seguridad**

Según Kaiser<sup>93</sup>, las medidas de seguridad son sanciones penales que no deben tener un carácter de pena. Ellas privan o limitan la libertad del condenado debiendo buscar la resocialización, pero como mínimo deben proteger a la sociedad durante un tiempo limitado.

Es necesario recordar dos grandes nombres que influyeron en el surgimiento de las medidas de seguridad: Von Listz y Karl Stoos.

El profesor de Berlín, Von Listz, elaboró una teoría denominada de pena- fin. Dicho autor creía que toda sanción penal tenía que concebirse desde la finalidad preventiva y vio en la defensa social el fin justificador integrando en un solo tipo de sanción los fines retributivos y preventivos. Esto significó la plasmación de las ideas de la pena- fin, configurando un complemento de sanción a los delincuentes aún no recuperados. Por eso se afirma que, mientras que Von Listz fue el ideólogo de las medidas de seguridad, Stoos les dio un encuadre jurídico<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> *Ibidem.*, pp. 356-359.

<sup>92</sup> *Ibidem.*, p. 407.

<sup>93</sup> KAISER, G., *Kriminologie...* apud Sierra López, María del Valle, *Las medidas de seguridad en el nuevo Código Penal*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1997, p. 68.

<sup>94</sup> *Ibidem.*, p. 72

Con este contexto, Stooss creó un sistema homogéneo de medidas de seguridad, preocupándose por los reincidentes, alcohólicos, corrompidos peligrosos y delincuentes juveniles. Así, en los casos en los que la pena no fuese eficaz, se imponía la medida de internamiento en instituciones especiales, sustituyendo la ejecución de la sanción- pena por la sanción- medida de seguridad. En este sistema, las medidas de seguridad tenían carácter jurisdiccional y se basaban en la peligrosidad del delincuente, poseían duración indeterminada, complementaban la pena (pues cumplían funciones preventivas que esta no podría desempeñar) y la ejecución debía desarrollarse en establecimientos especialmente previstos. El éxito de esta propuesta determinó las bases sobre las cuales se construiría todo el sistema de medidas de seguridad.

### 8.3.1 Clasificación de las medidas de seguridad

Son innumerables las formas de clasificación de las medidas de seguridad. Algunos las dividen en dos grandes grupos: aquellas que poseen carácter terapéutico o curativo y aquellas que poseen carácter estrictamente asegurativo.

Constituyen el primer grupo la sumisión a tratamiento médico externo y a los programas formativos diversos, mientras que compone el segundo la prohibición de permanencia y residencia en determinados lugares, la custodia de seguridad, la privación del permiso para tener y portar armas, la expulsión del territorio español de extranjeros ilegales y la inhabilitación profesional. También se incluirían dentro de este grupo las medidas que solo pretenden la inocuización del sujeto peligroso en virtud del interés de la sociedad.

En una clasificación todavía más amplia, podría incluirse el carácter correctivo o educativo (cuando la finalidad es la recuperación de la personalidad y la reinserción social del sujeto). En función de la intensidad o tipo de aflicción que la medida supone para quien la padece, la clasificación se divide en medidas privativas de libertad (suponen el internamiento de la persona) y no privativas de libertad (o restrictivas de libertad).

En España, el art. 101, apartado 1º, del CP prevé la aplicación de medidas de seguridad para aquellos que fueren declarados exentos de responsabilidad criminal por padecer de una anomalía o alteración psíquica. Tales medidas podrán ser de internamiento para tratamiento o educación especial de acuerdo al tipo de anomalía o alteración presentada, o cualquier otra medida no privativa de libertad prevista por el apartado 3 del art. 96, como la prohibición de permanecer o residir en determinados lugares, la prohibición del derecho de conducir vehículos a motor o ciclomotores, prohibición de obtener permisos o de portar armas, inhabilitación profesional, expulsión del territorio nacional de extranjeros no

residentes legalmente en España, además de lo establecido en los arts. 105 y 106. En estos artículos, tenemos la previsión de tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario, obligación de residir en determinado lugar, custodia familiar, participación en programas formativos, culturales, profesionales, de educación sexual u otros similares y la prohibición de acercarse a la víctima o comunicarse con ella o con su familia.

En el Código Penal español, la aplicación de las medidas de seguridad privativas de libertad está regulada en los artículos 101 a 104, en relación a lo previsto en el art. 96.2 y son aplicables a los sujetos que sean declarados exentos de responsabilidad criminal, de acuerdo a los n.º 1, 2 y 3 del art. 20, y conforme al art. 104, en los casos de eximente incompleta. Así, de acuerdo con el Derecho Penal español, se aplica el internamiento en centro psiquiátrico (arts. 101.1 y 96.1) a quien fue declarado exento de responsabilidad criminal por presentar anomalía o alteración psíquica (relación con el art. 20.1) y también a aquellos que, por la misma razón, tuvieron la condición de semiimputables (arts. 21.1º y 104).

La aplicación de las medidas de seguridad no privativas de libertad viene regulada en el Código Penal español en los arts. 105 a 107. A diferencia de las medidas privativas de libertad, cuyos límites máximos vienen determinados por la pena de prisión que sería aplicable (arts. 101 a 103), o por la prevista en el CP para el delito (art. 104), aquí el límite máximo se establece específicamente, como se prevé en el art. 105. Los arts. 105 a 108 del CP desarrollan el catálogo genérico de las medidas de seguridad no privativas de libertad previstas por el art. 96.3. Son complementarias de las medidas privativas de libertad aplicables desde el principio o durante la ejecución de la sentencia<sup>95</sup>.

Como estamos hablando de delincuentes psicópatas, cabe analizar esas medidas y también otras, aunque de modo resumido, de acuerdo con la siguiente clasificación teniendo en cuenta que no todas pueden ser aplicables a individuos psicópatas, sino solo conociendo el caso concreto y tras una observación muy personalizada es posible definir la mejor medida o pena:

***a) Internamiento o tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio sanitario.***

En este caso debemos referir, con una atención especial, a las medidas de custodia de seguridad utilizadas en Alemania como medida de seguridad privativa de libertad, especialmente en el caso de los psicópatas.

---

<sup>95</sup> BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, Ignacio y otros, *Lecciones de Derecho Penal: parte general*, 2ª ed., Barcelona, Praxis, 1999, p. 395.

La custodia de seguridad es una medida puramente inocuizadora con el objetivo de proteger a la sociedad de delincuentes que practicaron delitos graves y sobre los que recae la probabilidad de reincidencia.

Cabe, no obstante, plantearse la constitucionalidad de esta medida de seguridad, privativa de libertad, sin duración definida, y para después de la pena. A este respecto, el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos ha referido importantes problemas como es la prohibición de retroactividad de la ley más grave y Alemania ha sido condenada en varias ocasiones por aplicar sus leyes con retroactividad (Caso de Marburgo y Caso Sr. Haydn) determinando así custodias por tiempo indefinido. Este contexto ha dado lugar a que en la actualidad, el país esté revisando su legislación sobre custodias de seguridad.

Respecto al internamiento en centro psiquiátrico, Sánchez Lázaro<sup>96</sup> reconoce que en el caso de los psicópatas su internamiento en dichos establecimientos no resulta necesario por cuanto el tratamiento ambulatorio podría ser suficiente. No obstante, dado que en estos casos la preocupación mayor no es el déficit de orientación normativa sino la protección de la sociedad, solo quedaría la inocuización de este tipo de individuos.

Los Centros de Terapia Social podrían ser otra opción; no obstante, tales centros dejaron de existir en España tras la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970. No obstante, la Disposición Adicional Primera del CP de 1995 prevé la posibilidad de que el Ministerio Fiscal inste, fuera ya del ámbito penal, la “incapacitación civil”<sup>97</sup> de alguien que haya sido declarado exento de responsabilidad, de acuerdo con el art. 20.1ª y 3ª CP.

***b) Obligación de residir en lugar determinado, prohibición de residir en lugar que se designe y prohibición de acudir a determinados lugares. También situaremos aquí la prohibición de aproximarse a la víctima o a sus familiares u otras personas o comunicarse con ellos.***

Con relación a la medida prevista en el art. 105, I, g (prohibición de aproximarse a la víctima), esta fue introducida por las leyes orgánicas 11/99 y 14/99, referentes a los delitos contra la libertad sexual y protección de las víctimas de malos tratos. La LO 14/1999 (protección a las víctimas de malos tratos) y también la Ley de Enjuiciamiento Criminal

---

<sup>96</sup> SÁNCHEZ LÁZARO, Fernando Guanarteme, “Un problema de peligrosidad postdelictual: reflexiones sobre las posibilidades y límites de la denominada custodia de seguridad”, en *Revista Penal*, n.º 17, enero, 2006, p. 147. Disponible en <http://www.uhu.es/revistapenal/index.php/penal/article/view/271/261> [visitado el 28 de diciembre de 2.107]

<sup>97</sup> Existe en algunos lugares, el internamiento civil obligatorio: posterior al cumplimiento de la pena privativa de libertad cuando el sujeto continúa presentando señales de peligrosidad. Se trata de una medida de privación de libertad con carácter estrictamente asegurativo aplicada a sujetos imputables de modo acumulado a la pena impuesta.

influyeron en el CP español en los artículos 33, 39, 48, 57, 153, 617 y 620, determinando la inclusión, como pena accesoria en determinados delitos, de la prohibición del acusado de aproximarse a las víctimas, expresando el art. 57:

*“Los jueces o tribunales, en los delitos de homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, trata de seres humanos, contra la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, atendiendo a la gravedad de los hechos o al peligro que el delincuente represente, podrán acordar en sus sentencias la imposición de una o varias de las prohibiciones contempladas en el artículo 48, por un tiempo que no excederá de diez años si el delito fuera grave, o de cinco si fuera menos grave. No obstante lo anterior, si el condenado lo fuera a pena de prisión y el juez o tribunal acordara la imposición de una o varias de dichas prohibiciones, lo hará por un tiempo superior entre uno y diez años al de la duración de la pena de prisión impuesta en la sentencia, si el delito fuera grave, y entre uno y cinco años, si fuera menos grave. En este supuesto, la pena de prisión y las prohibiciones antes citadas se cumplirán necesariamente por el condenado de forma simultánea”.*

**c) Custodia familiar.**

Cabe recordar, en este sentido, que es principio constitucional que la pena no debe sobrepasar a la persona del condenado (principio de la personalidad de las penas), por tanto no parece adecuado responsabilizar a un familiar (aunque sea con su consentimiento), con el cumplimiento riguroso de esta medida, más aun cuando es sabido que el psicópata, por ser extremadamente inteligente y meticuloso no se dejará controlar fácilmente por este tipo de intervención. A esto hemos de añadir que los familiares no son profesionales cualificados para lidiar y resolver las dificultades emocionales, chantajes o situaciones que se les podrían ir presentando día a día.

**d) Sometimiento a programa de tipo formativo, cultural, educativo profesional, de educación sexual y otros similares.**

Desde la reforma antimanicomial de las décadas de los 60 y 70, se lucha para que los portadores de trastornos mentales puedan vivir y ser aceptados por las comunidades. Eso genera el deber de prestar herramientas necesarias que garanticen el éxito de la medida.

Es necesario adelantar que hasta el día de hoy no existe tratamiento probadamente eficiente para los delincuentes psicópatas. Tal y como veremos, algunos tratamientos en ese campo han dado un paso importante, pero con una eficacia limitada, en el caso de los jóvenes infractores.

Sobre este problema, explica Garrido Genovés<sup>98</sup>: “Hasta ahora no tenemos un solo estudio metodológicamente irreprochable que demuestre que disponemos de un método eficaz para tratar a los psicópatas, ya sean estos jóvenes o adultos”. Además refiere a Hare<sup>99</sup> cuando este dice que muchos psicópatas que participan en programas de tratamiento que se desarrollan en la prisión, muestran su mejor cara, manifiestan un progreso remarcable, convencen a los terapeutas y al comité de libertad condicional de se han reformado y en consecuencia son liberados.

Lo que más llama la atención es que los profesionales, generalmente, se sienten capaces de remediar síntomas como la “antisociabilidad crónica”, lo “anormalmente agresivo” y la “ausencia de autocontrol”, pero se enfrentan a la dificultad de “ausencia de sentimiento de culpa”, “ausencia de remordimiento” y “egocentrismo patológico” de los psicópatas<sup>100</sup>.

En definitiva, lo que señala Garrido es que los psicópatas no aprenderán a ser simpáticos ni a amar o a sentirse culpables. Por ello, el objetivo principal de un programa terapéutico para estos individuos debe consistir en la disminución de la frecuencia y gravedad de la conducta violenta, y no en la modificación de las características de la personalidad, lo que no es posible.

Dado que se ha dedicado un epígrafe completo al tratamiento del delincuente psicópata, ahondaremos en esta medida más adelante.

#### ***e) Privación del derecho a la tenencia de armas***

Evidentemente que tiene sentido y debe ser aplicada tal medida, evitándose así que el psicópata tenga en sus manos medios letales. No obstante, cabe señalar que existen otras armas que pueden ser utilizadas por estos sujetos, razón por la cual, aunque esta medida sea adecuada, parece no ser muy efectiva en cuanto a anular la peligrosidad abstracta del sujeto respecto a la utilización de otros medios<sup>101</sup>.

#### **8.3.2 Requisitos para la aplicación**

Para la aplicación de las medidas en España es necesario que se cumpla con los requisitos del art. 95 del CP español, es decir, que el sujeto haya cometido un delito y que del hecho delictivo o de las circunstancias personales de aquel se pueda deducir un pronóstico de comportamiento futuro que demuestre la probabilidad de cometer nuevos delitos. Por

---

<sup>98</sup> GARRIDO GENOVES, Psicopatías..., cit., p.68.

<sup>99</sup> *Ibidem*.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p.70.

<sup>101</sup> REGHELIN MELO, Elisangela- CAVEDON ZAFFARI, Bárbara- CALLEGARI, Luis André, *Psicopatías...* op. cit., p. 126.

tanto, son medidas posdelictivas y que se fundamentan en la peligrosidad criminal del agente, de acuerdo con art. 6, apartado 1º.

Por lo que se refiere a las medidas de seguridad aplicables en casos de semiimputabilidad, la regla se encuentra recogida en el art. 104 CP, admitiéndose la combinación entre penas y medidas de seguridad cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y la duración de la medida de seguridad no exceda la de la pena prevista por el Código para el delito cometido. En estos casos, el sujeto será castigado con una pena atenuada pero también el juez podrá aplicar una de las medidas previstas por el art. 104, para los casos abarcados en los n.º 1, 2 y 3 del art. 20 de la legislación penal española<sup>102</sup>. Los casos de semiimputabilidad (eximentes incompletas) siguen la regla recogida en el art. 68 del CP, según la cual en los casos previstos por el n.º 1 del art. 2, los jueces o Tribunales impondrán la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley.

Es necesario recordar, que la medida de seguridad exige siempre un juicio de peligrosidad criminal, es decir, un pronóstico que determine la probabilidad de que el sujeto cometa nuevos delitos, en los términos de los arts. 6.1 y 95.1.2ª.

Para la aplicación de la medida de internamiento, de acuerdo con el art. 104, deben estar presentes dos requisitos:

- que la pena impuesta sea privativa de libertad
- que exista la necesidad de internamiento en el centro correspondiente dado que, solamente en última instancia, debe ser aplicada tal vía.

El art. 99 está dedicado a las reglas del sistema vicarial en lo que respecta al cumplimiento de la pena y la medida de seguridad. Así, deberá cumplir, primeramente, el internamiento, y después la pena, si aún fuere necesaria. La duración siempre es determinada por el juez en la sentencia, y su seguimiento, por el juez de vigilancia penitenciaria.

---

<sup>102</sup> BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, Ignacio y otros, *Lecciones...* op.cit., p. 400.

## **9. EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO DEL DELINCUENTE PSICÓPATA**

Antes de analizar la evolución del tratamiento al que se ha ido sometiendo el psicópata penado a lo largo de los últimos años, es menester hacer una breve introducción de la posición que ocupa esta institución tanto en el sistema penitenciario como en el ordenamiento jurídico español.

Lo primero que es necesario destacar es que la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) 1/1979, de 26 de septiembre, define como finalidad primordial de las instituciones penitenciarias la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, dejando en segundo plano la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Se refleja de esta manera en la norma una clara distinción entre régimen y tratamiento, teniendo cierta prelación el segundo sobre el primero.

Con el modelo del año 1996, la tendencia que se atisbaba en el año 1972 allega a su culmen. El tratamiento es el objeto fundamental de la pena y si fuera preciso, se ha de modular el régimen penitenciario hasta llegar a adecuarlo al tratamiento. Para ello, se introduce el art. 100.2 del Reglamento Penitenciario (en adelante, RP), en virtud del cual el Equipo Técnico puede proponer a la Junta de Tratamiento el cambio de algunos aspectos de cada uno de los grados siempre que con ello se beneficie el tratamiento de algún penado. De esta forma el reglamento penitenciario salva de alguna forma la rigidez del art. 36 CP e introduce lo que se conoce como principio de flexibilidad.

Como decíamos al principio, con la LOGP se retoma el mandato constitucional de reinserción social (art. 25.2 CE). Esta pretensión queda también manifiesta en los arts. 59, 60 y 61 de la LOGP que provén de contenido al tratamiento penitenciario. En ellos, se exponen una serie de finalidades que el tratamiento debería obtener en el interno que se somete al mismo: capacidad de vivir respetando la Ley, desarrollar en él una actitud de respeto a sí mismo y de responsabilidad individual respecto a los demás (art. 59.2), o la de ser capaz de llevar una vida in delitos (art. 61.1), redacciones que muestran la filosofía resocializadora del tratamiento. Para la consecución de estas metas, se intenta conocer la personalidad y ambiente del penado (art. 60.1), utilizando todos los métodos y medios oportunos (art. 60.2). Se advierte también la participación del interno en la planificación y ejecución de su propio



tratamiento (arts. 4.2 y 61.1) dejando constancia de esta forma de la voluntariedad del mismo<sup>103</sup>.

Una vez dicho lo anterior, la ley establece en su art. 62 las condiciones en que el tratamiento debe desarrollarse. A Saber:

- a) Ha de basarse en un estudio científico del temperamento, carácter, aptitudes y actitudes del penado, así como de su sistema dinámico-motivacional y del aspecto evolutivo de su personalidad para conseguir llegar a un enjuiciamiento global de la misma.
- b) El tratamiento debe guardar una relación directa con un diagnóstico de la personalidad criminal y con un juicio pronóstico inicial. Deberá emitirse además un resumen de la actividad delictiva del sujeto y de todos sus datos ambientales.
- c) Debe ser individualizado.
- d) Habrá de ser programado, ajustándose a un plan predeterminado.
- e) Será de carácter continuo y dinámico dependiendo y modificándose en función de la evolución del interno.

Todos estos principios son posibles gracias a la tarea clasificatoria de la población reclusa. Una vez que se ha realizado la observación del penado, se procede a su clasificación, destinándose al establecimiento cuyo régimen sea más adecuado al tratamiento que se le haya señalado y, si correspondiera, al grupo más idóneo dentro de aquel (art. 63 LOGP). Además de las condiciones anteriores, para la clasificación habrá de tomarse también en consideración la duración de la pena. Toda esta actividad clasificatoria es referida únicamente a los reclusos penados, pues la observación de los presos preventivos se limita recoger la mayor información posible (datos documentales, entrevistas u observación directa del comportamiento), siempre que sea compatible con la presunción de inocencia (art. 64.1 LOGP)<sup>104</sup>.

A este respecto es menester traer a colación la Central Penitenciaria de Observación, organismo encargado de coordinar las actividades propias del tratamiento y que se encuentra regulado en el art.70 LOGP y en los arts. 105 y 109 del Reglamento Penitenciario. Sus funciones se basan en completar la labor de los Equipos técnicos y Juntas de Tratamiento en sus tareas específicas; informar sobre cuestiones técnicas del Centro Directivo (extranjería, libertad condicional, etc.); realizar informes periciales a petición de los órganos judiciales;

---

<sup>103</sup> RIVERA, Iñaki, op. cit., p. 110.

<sup>104</sup> *Ibidem*, p. 111.

desarrollar una labor de investigación criminológica y, por último, participar en tareas docentes y de formación de funcionarios (art. 105 RP).

### **9.1. Curso normativo del tratamiento penitenciario.**

Cuando un interno llega a un Centro Penitenciario ha de ser ubicado en el Departamento de Ingresos donde es examinado por un médico y entrevistado por un trabajador social y por un educador, quienes emitirán una propuesta de separación interior (art. 20.1 RP). En este punto deberemos diferenciar si nos encontramos ante un preso preventivo o un penado, pues en este último caso deberá ser entrevistado además por un psicólogo y por un jurista criminólogo (art. 20. 2 RP).

Antes de proseguir, es importante tener en cuenta que existen tres tipos de régimen penitenciario en que podrá desarrollarse la vida del preso: ordinario, abierto y cerrado.

El régimen ordinario se aplica a los penados clasificados en segundo grado de tratamiento, a los penados sin clasificar y a los preventivos; el régimen abierto se aplica a los penados clasificados en tercer grado que puedan continuar su tratamiento en semilibertad. Finalmente, el régimen cerrado se adjudica a aquellos penados clasificados en primer grado, así como a aquellos preventivos cuya peligrosidad sea extrema o por inadaptación manifiesta a los otros regímenes (art. 74 RP). Es importante destacar que en la normativa también se contempla un régimen abierto restringido para determinados casos (art. 82 RP) así como dos modalidades dentro del régimen cerrado (art. 91 RP): módulo de régimen cerrado y departamentos especiales. Las condiciones de ambas modalidades se regulan en los arts. 93 y 94 del RP.

Continuando con lo establecido en el apartado anterior, cuando el fallo de una sentencia condenatoria llega a prisión, la información reunida hasta ese momento se perfecciona con un estudio científico de la personalidad y del historial individual, familiar, social y delictivo del penado (art. 102 RP). Todo este entramado tiene como fin la clasificación inicial en grados del penado, clasificación que podrá ser modificada en función de la evolución del tratamiento (art. 65.1 LOGP) siempre y cuando se observe una modificación de aquellos rasgos de la personalidad relacionados con la actividad delictiva (art. 65.2 LOGP). Esta revisión deberá ser efectuada cada seis meses como máximo (art. 65.4 LOGP). Por contra, en virtud del art. 65. 3 de la LOGP, la regresión de grado tendrá lugar cuando se aprecie en el interno, en relación al tratamiento, una evolución desfavorable de su personalidad.

El tratamiento se organiza así en un sistema penitenciario progresivo distribuido en grados (primero, segundo, tercero y libertad condicional) que han de designarse a los internos. El art. 72 de la LOGP regula el significado y contenido de cada uno de estos grados:

✓ **Primer grado:** como ya hemos mencionado anteriormente, determina la aplicación de las normas del régimen cerrado. Es reservado a aquellos internos considerados peligrosos o inadaptados (art. 102 RP). No pueden disfrutar de permisos de salida y sus actividades se encuentran muy limitadas.

✓ **Segundo grado:** en este grado se aplican las normas del régimen ordinario, siendo el grado en que se encuentran la gran parte de reclusos (art. 102 RP). Sus permisos de salida pueden ser de hasta 36 días siempre que tengan extendida una cuarta parte de la condena y no se observe mala conducta.

✓ **Tercer grado:** aplicación del régimen abierto en cualquiera de sus modalidades (art. 102 RP). Los internos que se encuentran clasificados en este grados pueden obtener permisos de salida de hasta 48 días siempre que hayan extinguido una cuarta parte de la condena y no se haya observado mala conducta (art. 154. 1 RP), además de los permisos de salida que son propios del régimen abierto (art. 87 RP).

Finalmente, la regulación de los programas viene regulada en los arts. 113-117 RP. Se asigna a cada interno un programa de tratamiento a seguir, quedando bajo control de un profesional del Equipo técnico quien ha de ir recogiendo datos de la evolución del interno (art. 112.1 RP). Es importante tener en cuenta, que el interno puede rechazar la realización de cualquier técnica de estudio de su personalidad sin tener consecuencias disciplinarias, regimentales, ni de regresión de grado (art. 112.3 RP).

## 9.2. Evolución histórica del tratamiento en psicópatas

Actualmente, aproximadamente entre un 15% y un 25% de la población penitenciaria de sexo masculino española reúne los criterios para ser diagnosticada como psicópata<sup>105</sup>. Si traducimos estos porcentajes a cifras en base a las estadísticas ofrecidas por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en nuestro país, a 1 de enero de 2016, entre 9.200 y 15.400 de nuestros reclusos reunirían los criterios de psicopatía.

Volviendo a lo que exponíamos al principio de este trabajo, los profesionales del tratamiento penitenciario han de estar siempre vinculados al art. 25.2 CE el cual, orienta el

---

<sup>105</sup> DE LA SALA PORTA, Fernando, Op. cit., p. 13

cumplimiento de las penas privativas de libertad y medidas de seguridad a la reeducación y reinserción social.

Sin embargo, respecto al tratamiento de delincuentes psicópatas, es importante tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar que durante décadas ha prevalecido el pensamiento de que las actitudes y comportamientos de los psicópatas son difíciles, si no imposibles de modificar a través de las formas tradicionales de tratamiento e intervención. En segundo lugar, que muchos clínicos ni siquiera han intentado tratar a los psicópatas. De hecho, es habitual el criterio de un gran número de instituciones del ámbito forense de que es más efectivo, en términos de coste- beneficio, excluir a los psicópatas de sus programas de tratamiento<sup>106</sup>.

A pesar de todo lo anterior, en 2002, se produce un punto de inflexión en el campo del tratamiento del delincuente psicópata como a continuación veremos.

#### 9.2.1. El tratamiento penitenciario hasta 2002

Como decíamos, durante muchos años se ha mantenido respecto al tratamiento de los psicópatas una tendencia pesimista. Lykken<sup>107</sup>, en una de sus obras maestras, resume esta idea de la siguiente manera: *“Una de las razones por las que el psicópata primario es una mala apuesta terapéutica es que carece de la motivación necesaria; los que sufren las consecuencias de su afección son sus familiares y conocidos, no el propio psicópata”*.

A pesar del pesimismo general que parece rodear todo lo que rodea al tratamiento y reinserción de estos sujetos, ¿se puede tratar a los psicópatas?

De esta cuestión nos ocuparemos a lo largo de las siguientes líneas.

Ogloff et al.<sup>108</sup> señalaron en su estudio realizado en los años 90, que los delincuentes psicópatas de la comunidad terapéutica (CT) evaluada mostraban una mejora menos, una motivación menor y una tasa más alta de abandono que los sujetos no psicópatas.

Por su parte, en 1994, Harris, Rice y Cornier<sup>109</sup>, observaron que la CT de psicópatas canadienses tratados reincidieron más que los no tratados. Dos años más tarde, Blackburn<sup>110</sup>, determina en su estudio sobre delincuentes psicópatas, que estos sujetos muestran mayores

---

<sup>106</sup> Ibídem, p. 14

<sup>107</sup> LYKKEM, David, *Las personalidades antisociales*, 2009, Herder, Barcelona, p.352.

<sup>108</sup> OGLOFF, James et al. “Treating criminal psychopaths in a therapeutic community programme”, *Behavioural Sciences on the Lay*, n° 8, pp. 81-90.

<sup>109</sup> HARRIS, Douglas, et al. “Psychopaths: Is the therapeutic community therapeutic?” *Therapeutic Communities*, n°15, pp. 283-299.

<sup>110</sup> BLACKBURN, Robert., “Psychopathy and personality disorder: Implications of interpersonal theory”. *Issues in criminological and legal psychology*, n° 24 (1996), pp. 18-23.

tasas de agresividad y conflictividad en la prisión, así como mayor capacidad de conflictividad, simulación y engaño.

Este mismo año, Garrido, Esteban y Molero, realizan un meta- análisis sobre los programas de tratamiento aplicados hasta la fecha a sujetos diagnosticados como psicópatas.

El objetivo de dicho estudio no era otro que averiguar cuáles eran aquellos factores que pueden influir en la eficacia o ineficacia de los tratamientos aplicados a estos sujetos. Esta revisión, que abarcó los años 1983- 1993, se basó en dos meta- análisis diferentes. El primero (meta análisis A), comparó los resultados del mismo tratamiento en delincuentes psicópatas y no psicópatas. El segundo (meta- análisis B), se basaba en la comparación de delincuentes psicópatas antes y después del tratamiento<sup>111</sup>.

Pues bien, respecto al meta- análisis A, los resultados no fueron muy alentadores. En comparación con los grupos de psicópatas, los sujetos con otros diagnósticos psiquiátricos obtenían mejores resultados como consecuencia de su tratamiento. A ello, se añadía una probabilidad superior de los psicópatas de continuar una carrera delictiva una vez fuera de prisión.

Es muy importante detenerse en subrayar que, de este estudio, se extrajeron aquellas circunstancias del tratamiento (o de los mismos psicópatas), asociadas a los motivos por los que estos sujetos obtuvieran peores resultados. De entre todas las variables se destacan a continuación las siguientes<sup>112</sup>:

1. eran tratados en un régimen de comunidad terapéutica;
2. eran psicópatas y delincuentes;
3. tenían una psicopatía alta y pura (sin otro trastorno añadido);
4. el tratamiento no afectaba de un modo específico al consumo de alcohol;
5. eran de mayor edad; y
6. eran tratados en contextos residenciales.

Centrándonos ahora en el tratamiento dirigido sólo a sujetos psicópatas comparando los resultados antes y después de la intervención (meta- análisis B), se demuestra que, considerados los tratamientos en su conjunto, sí fueron efectivos para promover cambios positivos en estos sujetos. No obstante, en el seguimiento de los psicópatas después del tratamiento, los avances obtenidos se vinieron abajo.

---

<sup>111</sup> GARRIDO, Vicente, “El tratamiento del psicópata...”, óp. cit., p. 183.

<sup>112</sup> *Ibidem*. P.184

No obstante, es importante destacar de igual manera, aquellos factores que se relacionaron con la mejora global de los psicópatas después de la intervención:

1. se aplicaron a sujetos con una edad inferior a los 30 años, disminuyendo la eficacia a medida que la edad de los sujetos aumentaba.
2. el tratamiento fue más prolongado en el tiempo.
3. se aplicaba a sujetos delincuentes.
4. los sujetos presentaban una psicopatía baja, y
5. eran aplicados en contextos penitenciarios y residenciales.

De todo lo anterior, podemos extraer una clara conclusión: el hecho de cometer delitos supone un indicador de una mayor gravedad de la psicopatía lo que conlleva una menor efectividad de los tratamientos.

### 9.2.2. El tratamiento penitenciario a partir de 2002

Como decíamos al principio, con el meta- análisis de Salekin en el año 2002 se produce un punto de inflexión en el campo del tratamiento del delincuente psicópata. Desde entonces, las investigaciones y propuestas en este terreno han aumentado notablemente especialmente en el extranjero.

No es objeto de este trabajo analizar el contenido íntegro y detallado de cada una de las propuestas de tratamiento que se han planteado a lo largo de la última década. Baste decir que son tres los modelos que, a juicio personal, han de ser destacados:

#### ***a) El modelo RNR (Riesgo- Necesidad- Responsividad)<sup>113</sup>***

Modelo basado en los tres principios mencionados: riesgo, necesidad, responsividad. Determina que el nivel de tratamiento que habrá de recibir cada psicópata deberá ajustarse a su nivel de riesgo. Así las cosas, los psicópatas con mayor probabilidad de volver a cometer delitos requerirán niveles intensivos de tratamiento, mientras que los sujetos con psicopatías menos fuertes requerirán niveles más bajos de intervención.

Por otro lado, este modelo trata de que el tratamiento se dirija hacia aquellos factores del psicópata que son dinámicos (control emocional, actitud criminal, agresión interpersonal, etc), desechando así como objeto del tratamiento aquellos factores no modificables o estáticos (historial delictivo, encarcelación, etc.)

---

<sup>113</sup> DE LA SALA PORTA, Fernando, op. cit., pp. 68-73.

***b) El modelo de tratamiento de los dos componentes<sup>114</sup>***

Este modelo se apoya en las escalas del método PCL-R de diagnóstico de la psicopatía, argumentando que disminuyendo las puntuaciones e cada uno de los ítems del factor II, estaríamos disminuyendo la psicopatía del sujeto en cuestión. De esta forma, el tratamiento ha de ir dirigido hacia aquellos elementos relacionados con el factor II para lograr disminuir la reincidencia.

***c) El modelo de terapia dialéctica conductual adaptada para el tratamiento de delincuentes psicópatas<sup>115</sup>***

Destaca la necesidad de prestar atención a las emociones en el tratamiento de la psicopatía. Si bien es cierto que los psicópatas conforman un grupo heterogéneo, la gran mayoría tienen déficits en pensamiento abstracto y resolución de problemas. Otra de las cosas que son destacadas en este tratamiento es que la experiencia previa demuestra que es necesario tratar toda la gama de emociones y no solo la ira o la hostilidad. Finalmente se reseña el compromiso que ha de tener el delincuente con el tratamiento para que este último pueda desarrollarse con éxito.

9.2.3. Breve referencia al Tratamiento penitenciario específico para los delincuentes sexuales psicópatas.

Aún hoy la proporción de criminales sexuales que son tratados es pequeña en relación al grupo sometido a pena de prisión. Los tratamiento aplicados a estos sujetos suelen ser intensivos y de larga duración, a veces utilizando medicamentos inhibidores del impulso sexual. Las terapias sirven para desarrollar habilidades sociales específicas en los agresores sexuales como el aprendizaje con respecto a la inhibición de las conductas delictivas y el aprendizaje de las habilidades de comunicación relativas al establecimiento de relaciones sexuales adultas y consentidas. Aunque el tratamiento tiene un carácter voluntario (art. 112.3 del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario), la participación del sujeto puede ser recompensada con beneficios penales y penitenciarios (art. 112.1 del mismo cuerpo legal)<sup>116</sup>.

Respecto a la agresividad sexual que suelen experimentar los delincuentes sexuales (más aún en el caso de los psicópatas), son innumerables los estudios enfocados en el área de los neurotransmisores y su relación con dicha agresividad. La ventaja de ello está en la

---

<sup>114</sup> *Ibidem*, pp. 73- 77.

<sup>115</sup> *Ibidem*, p.78.

<sup>116</sup> REGHELIN MELO, Elisangela- CAVEDON ZAFFARI, Bárbara- CALLEGARI, Luis André, *Psicopatías...* op. cit., p. 187.

posibilidad del tratamiento farmacológico o quirúrgico, en aquellos individuos con alteraciones de comportamiento irreversibles.

En el campo de los esteroides sexuales, los delincuentes violentos parecen tener índices más altos de testosterona que delincuentes que cometieron delitos no violentos, y aquellos con altos niveles de testosterona también son más agresivos en la prisión. No obstante, aunque los niveles de testosterona puedan estar elevados en delincuentes agresivos, el uso de agentes reductores ha tenido un beneficio muy limitado en la disminución del comportamiento agresivo<sup>117</sup>.

Por otra parte, el uso de tratamientos psicológicos o psiquiátricos en la prisión parece más aceptable aunque, como ya hemos anunciado, nunca deben ser impuestos sino ofrecidos por la Administración Penitenciaria al recluso. En la práctica esto es complicado, principalmente cuando se refiere al psicópata, pues la imposición de pena (sin medida) es más beneficiosa que la imposición de pena y medida, ya que aquellos que son castigados únicamente a una pena pueden obtener la libertad condicional, aunque bajo condiciones, al contrario que los últimos. Además de eso, podrían existir situaciones en las que el tiempo de ejecución de la pena sería menor que el de la ejecución de pena y medida juntas. A ello se refiere Sierra López<sup>118</sup> cuando expresa: *“Los delincuentes psicópatas castigados con tan solo una pena atenuada accederían de una forma automática, los segundos a través de un verdadero esfuerzo”*. La referida autora apunta una posible solución para los casos de psicopatías, frente a la peligrosidad del sujeto y la carencia de establecimientos adecuados para el tratamiento: se trata del cumplimiento integral de la pena, incluso atenuada, sin posibilidad de optar a la libertad condicional, en el caso de que exista un pronóstico negativo<sup>119</sup>.

En términos psicológicos, al final de la década de los 60, se aplicaban las terapias de conducta con el objetivo de modificar patrones sexuales desviados y enseñar habilidades sociales a los pacientes. Se utilizaba el método aversivo, un condicionamiento que asociaba el deseo sexual a la estimulación eléctrica o a los olores desagradables, y al aprendizaje de hábitos sexuales “correctos”, ya que se consideraba a la homosexualidad un desvío de la sexualidad. En los años 70, el énfasis recayó en la modificación de actitudes que favorecen la violencia en las relaciones interpersonales y en el perfeccionamiento de la empatía con relación a los efectos del delito sobre la víctima. A partir de la segunda mitad de los 80, la

---

<sup>117</sup> Ibidem. P. 189.

<sup>118</sup> SIERRA LOPEZ, Op. cit., p. 419.

<sup>119</sup> Ibidem.



prevención de recaídas fue incorporada, producto de su resurgimiento los programas para alcohólicos<sup>120</sup>.

Hoy en día, los programas para delincuentes sexuales son ofrecidos como paquetes de naturaleza “multimodal”, es decir, que tienen todos esos componentes presentes.

---

<sup>120</sup> GARRIDO GENOVES, *Psicopatas...*, op. cit., p. 246.

## 10. CONCLUSIONES

Dicho todo lo anterior es menester hacer una serie de precisiones que, a mi juicio, han de destacarse:

En primer lugar, y en lo que al diagnóstico se refiere, aunque ha quedado latente que el procedimiento PCL- R es el mejor método para el dictamen de la psicopatía, no es menos cierto que en el caso de los psicópatas integrados, pueden existir, y se han dado casos, como el de Joaquín Ferrandiz, que no son diagnosticados desde el principio por no presentar los factores típicos del psicópata criminal. Esto se traduce a que puntúan alto en el factor I y bajo en el factor II (que mide en lo básico la historia antisocial). Por tanto quizá la solución sea puntuar más alto los ítems del factor I o darles una cierta prevalencia respecto a los del factor II. Sea como fuere, lo que es indiscutible es que es urgente incluir en la agenda de las instituciones penitenciarias el análisis y tratamiento de aquellos psicópatas que, precisamente por no presentar los factores típicos del psicópata subcultural criminal, no son detectados habitualmente.

Por otro lado, en relación con la imputabilidad, ha quedado patente que el psicópata conoce el sentido de la norma. Sabe lo que está bien y lo que está mal; es capaz de controlar su conducta y, por tanto, cumple en principio con los requisitos legales y psiquiátricos para ser declarado mentalmente sano a efectos penales. No obstante, es preciso hacer a este respecto una precisión y es que, como se ha resaltado a lo largo de estas líneas, aquello que no le impide transgredir la ley es, precisamente, la afección psíquica que padece.

En este sentido, la duda científica supone un cierto obstáculo a la hora de proceder a una valoración de la culpabilidad del sujeto y puede sugerir la conveniencia de proceder según un “principio de precaución garantista” ante la duda sobre la capacidad de actuar de otro modo de esta clase de delincuentes. Ello, no obstante, podría ser aceptable a mi juicio en los casos de mayor gravedad en que la psicopatía se presente asociada a otros factores (alcohol o drogas, por ejemplo).

En la esfera jurídica muchas confusiones y poca uniformidad contribuyen a los problemas en el ámbito de las decisiones del Tribunal Supremo español ya que, como hemos visto en estas páginas, algunas sentencias afirman el no reconocimiento de la psicopatía como enfermedad mental. En resumen, el TS ha presentado a lo largo de todos estos años grandes oscilaciones. Oscilaciones que, por cierto, provocan un grave deterioro de la función unificadora de la aplicación jurídica que ha de desempeñar todo tribunal de casación. Unas veces reconoce las psicopatías como enfermedades mentales (aunque no sean propiamente

de las que “enajenan”) y otras no, intercalándose en el tiempo resoluciones en uno y otro sentido.

Por su parte, la conciliación entre las demandas de intervención por parte de la sociedad y la elaboración conceptual de la doctrina penal no resulta fácil. Se aduce como argumento contra la declaración de inimputabilidad del psicópata la inexistencia de tratamiento de este trastorno, mientras por otra parte se argumenta que ello no es razón para afirmar su responsabilidad penal. Esta respuesta es a mi parecer la más coherente pues al existir firmes dudas sobre la capacidad de actuar de otro modo de este tipo de sujetos, es inevitable reconocer que la imputabilidad de los mismos debe considerarse seriamente afectada.

Dicho todo lo cual, no puede perderse de vista que la clave no está en la resolución del dilema relativo a la imputabilidad de los delincuentes psicópatas sino en que se tome en serio la necesidad de abordar de un modo específico la reacción penal frente a los mismos, con programas especiales ya sea en el ámbito penitenciario o en el ámbito de las medidas de seguridad.

En relación con el tratamiento penitenciario, ha quedado demostrado que el más efectivo a este respecto podría ser el del control de riesgo acompañado de una supervisión continua. En la medida en que el tratamiento reduce el riesgo la supervisión podrá ser menor. La clave, por tanto, para determinar el tipo de tratamiento/supervisión que requiere cada sujeto será realizar una evaluación correcta de su peligrosidad, dejando aparte aquellos delincuentes tan peligrosos que, por encima de todo, precisen de incapacitación. En este sentido, en la medida en que la dificultad del tratamiento sea mayor, habrá de considerarse la necesidad de aceptar la posibilidad de intervenciones penales posdelictuales de contenidos preferentemente aseguradores y no terapéuticos frente a los inimputables, con todas las cautelas que en términos de garantías haya que establecer.

No obstante, es necesario recordar que en la mayoría de los casos, los psicópatas tienen que responder criminalmente de sus actos como cualquier persona normal, pero realmente no son normales sino anormales, lo que hace que no sea fácil encauzar el daño que potencialmente pueden realizar en su entorno. No son intimidables y ya hemos visto que si a los delincuentes en general su paso por la prisión les produce un efecto negativo, en estos sujetos ese efecto negativo se incrementa. Y lo hace porque su capacidad de delinquir aumenta de una manera extraordinariamente exagerada, de tal forma que, una vez cumplida

su condena, vuelven a reincidir una y otra vez, porque su trastorno es permanente y su paso por la cárcel no consigue mejorar sus posibilidades de convivencia social.

Entramos así en el núcleo de la cuestión: el tratamiento de unos delincuentes que, en realidad, no tienen tratamiento. Es, pues, necesario que el Derecho enfrente tales problemas de otra forma.

En primer lugar, hay que comprender, pues, que las esferas de la salud y la jurídica están íntimamente vinculadas y han de proponerse profundizar en la investigación de esta materia, lo que será fundamental para el desarrollo de las políticas criminales más efectivas, tanto en el ámbito de la salud como en el de la seguridad pública.

De no ser así, la aplicación de una pena o medida y su ejecución puede propiciar daños realmente considerables teniendo en cuenta la ausencia de un acompañamiento médico más adecuado y, también, los “problemas” que un individuo psicópata puede provocar. Por lo tanto cualquiera de las opciones (pena o medida) se enfrentará con graves problemas siempre que no se acompañen del correspondiente seguimiento médico.

Tal y como hemos señalado a lo largo de este trabajo, una las principales medidas para combatir al psicópata es la prevención. A pesar de que la evidencia demuestra que un número importante de los agresores sexuales, los delincuentes violentos contra la propiedad, los maltratadores sistemáticos de sus familias tienen una puntuación alta en psicopatía, al psicópata se le sigue considerando como algo raro, propio de la industria del entretenimiento.

A todo ello es necesario sumar que si las modernas teorías integradoras de la delincuencia están en lo cierto, la sociedad de los próximos años contará con un número todavía más elevado de sujetos psicópatas debido en gran parte, al individualismo extremo que preside el tejido social cuyo caldo de cultivo se encuentra en los jóvenes y niños.

Cabe concluir afirmando que, personalmente, considero que nos encontramos ante un problema social que nos afecta tanto a la sociedad como a los poderes públicos. A estos últimos porque deben velar para que no se filtren entre sus empleados (policías, políticos...).

Además, es importante destacar que corresponde a los mismos la tarea de prevenir y tratar del modo más efectivo posible a los jóvenes que manifiestan claros indicios de psicopatía desde niños, no solo mediante una Ley del Menor más dura, sino mediante la prevención precoz y el tratamiento institucional.

Si bien es cierto que en los últimos años se han hecho grandes avances en esta materia, la psicopatía sigue constituyéndose como una de las materias olvidadas del sistema de justicia

español, tanto en su detección y diagnóstico como en su tratamiento por lo que abordar definitivamente este problema impedirá remitirnos con resignación a la frase del Eclesiastés: “hay un tiempo para matar y un tiempo para curar”.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

### 11.1 Obras y ensayos

- COMBARROS, Alberto, “El problema social de los psicópatas”, *Revista de estudios penitenciarios*, nº35 (Febrero de 1948).
- COMBARROS, Alberto, “Los psicópatas, problema social”, *Revista de Estudios Penitenciarios*”, nº38, (mayo de 1948).
- GARRIDO, Vicente, *Cara a cara con el psicópata*, Ariel, 2004.
- JIMÉNEZ DÍAZ, María José y FONSECA MORALES, Gema, *Trastornos de la personalidad (psicopatías) Tratamiento científico y jurisprudencial*, CESEJ-ediciones, Madrid, 2007.
- MARTÍNEZ, Eduardo, “Conducta, psicopatía y disciplina”, *Revista de estudios penitenciarios*, nº16 (Julio de 1946).
- REGHELIN MELO, Elisangela- CAVEDON ZAFFARI, Bárbara- CALLEGARI, Luis André, *Psicopatías e imputabilidad: Un análisis sobre la peligrosidad criminal y los delitos sexuales*”, Madrid, 2016.

### 11.2 Obras y ensayos electrónicos

- ALTAMIRANO, Zulema, *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias*, Ed. Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica, Madrid, 2013.
- ARROYO, José Manuel, “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, nº 13 (2011).
- BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, Ignacio y otros, *Lecciones de Derecho Penal: parte general*, 2ª ed., Barcelona, Praxis, 1999.
- BLACKBURN, Robert., *Psychopathy and personality disorder: Implications of interpersonal theory. Issues in criminological and legal psychology*, nº 24 (1996).
- CARBONEL MATEU, Juan Carlos, *Derecho Penal: concepto y principios constitucionales*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 1999.
- CEREZO MIR, José, *Curso de Derecho Penal español: parte general*, 5ª ed., Tecnos, Madrid, 1996.
- CLEMENTE, Miguel; NÚÑEZ, Jesús, *Psicología jurídica penitenciaria* (Vol. II). Madrid, Fundación Universidad-Empresa, 1997.

- COBO, Manuel y VIVES, Tomas. *Derecho penal. Parte general*. 5.ª ed. Valencia, Tirant lo Blanch; 1999.
- DE LA SALA PORTA, Fernando, *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*, Ed. Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica, Madrid, 2013.
- GARRIDO, Vicente, “El tratamiento del psicópata”, *Psicothema*. nº14, Supl. (2002).
- GARCÍA, José Antonio, *Psiquiatría criminal y forense*, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1996.
- GARCIA, Lucía, “Marco jurídico de la enfermedad mental. Incapacitación e internamiento”, en *Revista General de Derecho*, Valencia, 2000
- GÓMEZ, Mariano, *Trastornos psiquiátricos y derecho (Responsabilidad penal, internamientos, incapacitación, etc.)*, Atelier, Barcelona, 2008.
- HARE, Robert, *Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*, Paidós, Barcelona, 2003.
- HARRIS, Douglas, et al. “Psychopaths: Is the therapeuticcommunity therapeutic?” *YtherapeuticCommunities*, nº15.
- HARO, Josep, “Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD- España”, *Medicina Clínica*, nº 126 (2006).
- HERNÁNDEZ, Mario, *Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea*, Documentación social.
- JAMES, Prichard, *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*, Londres, UK: Sherwood, Gilpert & Piper; 1835.
- KAISER, G., *Kriminologie...* apud Sierra López, María del Valle, *Las medidas de seguridad en el nuevo Código Penal*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1997.
- LUZON, José maría, *Compendio de Derecho Penal: parte general*, 13ª ed., Dykinson, Madrid, 2002.
- LYKKEM, David, *Las personalidades antisociales*, Herder, Barcelona, 2009.
- MUÑOZ, Juan Jesús, “Evidencias de alteraciones cerebrales, cognitivas y emocionales en los psicópatas”. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 3, Nº 3 (2003).
- MUÑOZ, Francisco, *Teoría general del delito*, Sérgio Fabris, Puerto Alegre, 1988.

- OGLOFF, James et al. “Treating criminal psychopaths in a therapeutic community programme”, *Behavioural Sciences and the Law*, nº 8.
- PÁVEZ, Fabián, “¿Es la cárcel un tratamiento para la enfermedad mental?: reflexiones en torno a psicopatía e imputabilidad”, *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, nº 3 (2011).
- POZUECO, José Manuel, “Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico- forense, psiquiátrico- legal y criminológico (Parte I)”, *Cuadernos de Medicina Forense*, nº17 (2011).
- QUINTERO, Gonzalo, *Locos y culpables*, Aranzadi Editorial, Pamplona, 1999.
- RAINE, Adrián; SANMARTÍN, José, *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel; 2000..
- RIVERA, Iñaki, “Actuarialismo penitenciario. Su recepción en España”, *Revista Crítica Penal y Poder*, nº 9 (Septiembre de 2015).
- SÁNCHEZ, Francisco José, “Fisionomía de la psicopatía. Concepto, origen, causas y tratamiento legal”, *Revista de derecho penal y criminología*, nº2 (2009).
- SÁNCHEZ, Fernando Guanarteme, “Un problema de peligrosidad postdelictual: reflexiones sobre las posibilidades y límites de la denominada custodia de seguridad”, en *Revista Penal*, n.º 17, enero, 2006
- SANZ, J. et al. “Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, nº 16.
- SANZ MORAL, Angel José, *Las medidas de corrección y de seguridad en el Derecho Penal*, Lex Nova, Valladolid, 2003, p.208.
- SUÁREZ, Rodrigo, “Psicopatía y responsabilidad”, en *Los delincuentes mentalmente anormales*, XI Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología, Universidad de Madrid, 1962.
- TORRUBIA, Rafael; CUQUERELLA, Ángel, “Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense”, *Revista Española de Medicina Legal*, nº 34 (2008).
- TORRUBIA, Rafael et. al., “Prólogo y agradecimientos a la edición española” en *Manual PCL-R. Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada.*, Madrid, Tea ediciones (2010).



- URRUELA MORA, Asier, Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica. Bilbao- Comares, Granada 2004.

- VICENTE, Rosario de, “Evolución en el tratamiento jurisprudencial de la eximente de anomalía o alteración psíquica”, en Demetrio Crespo- Maroto Calatayud, *Neurociencias y Derecho Penal: Nuevas perspectivas en el ámbito de la culpabilidad y tratamiento jurídico penal de la peligrosidad*. Edisofer, Madrid, 2013.

- YAÑEZ, Pedro Luis, “Consideraciones en torno a la imputabilidad disminuida con especial referencia a los psicópatas. Su tratamiento y los denominados establecimientos de terapéutica social”, ADPCP, Tomo 21, fascículo 2 (1970).

### **11.3 Legislación**

- Constitución española, 1978.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario

### **11.4 Jurisprudencia**

- STS 537/1988. RJ 1988/1341
- STS de 10 julio 1991. RJ\1991\5717
- STS de 13 noviembre 1991. RJ 1991\8064
- STS de 23 de febrero de 1993. RJ 8593/1993
- STS de 26 de enero de 1999. RJ 350/1999
- STS 5205/2001. RJ 207/2000
- STS de 8 de junio de 2001. RJ 2001/7022
- STS de 4 de octubre de 2001. RJ 2001/8153
- STS 439/2004. RJ 2004/3692
- STS 379/2005. RJ 2005/1026
- STS 1511/2005. RJ 2005/1326
- STS 535/2006. RJ 2006/3030